

FAX 03-3946-6295

日本医師会医事法・医療安全課「医療安全推進者養成講座」事務局 行

平成 23 年 月 日

平成 23 年度 日本医師会 医療安全推進者養成講座
「講習会」参加申込書

※今年度「医療安全推進者養成講座」を受講している方は、講習会参加費は不要ですので講座学習専用サイトからお申込み下さい。

※本講習会は、日本医師会生涯教育制度の取得単位 4 単位に該当します。

対象となる方は、当日配布する資料内にある【講習会「参加証」】にて、各自で申告してください。

※参加費のご入金が確認出来次第、【参加票】を FAX もしくは E-mail にてお送りいたします。

フリ ガナ
氏 名 : _____

所属機関 : _____

職 種 : (当てはまる職種に○をつけてください。)

医師 / 看護職員 / 医師会苦情・相談受付窓口担当 / 病院・診療所事務員

その他 (_____)

参加費払込取扱票 送付先 (自宅 ・ 勤務先)

郵便番号 : _____
└─▶ (所属機関・部署名も明記して下さい。)

(所属機関・部署名) _____

電話番号 : _____

F A X : _____

E-Mail : _____

来年度の講座のご案内 (要 ・ 不要)

託児所の利用 (利用する ・ 利用しない)

└─▶ (利用するに○をつけた方には、詳細を別途ご連絡いたします。)

本紙 1 枚につき 1 名様をご記入ください

(複数名の場合はお手数ですが本紙をコピーしてお使いください)