

送付先：府医 医療安全課 FAX：075-354-6074

令和5年度 医療メディエーター養成研修会
参加申込書

<受講区分：導入・総論・基礎編>

ふりがな					
氏名					
医療機関名					
部署			職種		
郵便物送付先	(選択→ <input type="checkbox"/> 所属医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他)				
〒	—				
連絡先	電話				FAX
メール	@				
年齢	歳	卒後年数	年	医療安全 経験年数	年
基礎研修の受講履歴	(平成・令和) 年 月に受講 ・ 初受講				

申込日：令和 5 年 月 日

担当者(※)： _____

担当連絡先(※)： _____

※担当者は、同一医療機関で申込多数で受講者調整が必要な場合、調整いただける窓口担当者をご記入ください