**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→ □所属医療機関　□自宅　□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