

( F A X : 0 7 5 - 3 5 4 - 6 0 7 4 )

京都府医師会 京都府医療トレーニングセンター  
チーム医療コース  
～ 「teamSTEPPS の考え方」 を取り入れた多職種訓練～  
参加申込用紙

参加希望の方は、下記項目にご記入いただき FAX : 075-354-6074 までご送付下さい

ご希望の日程に○印をお付けください。

第7回 8月2日(日)

第8回 9月20日(日)

医療機関名			
住 所	〒		
電話番号			
シナリオ	[ ]①病室シナリオ [ ]②放射線室シナリオ [ ]③診察室シナリオ [ ]④内視鏡室シナリオ ※必ずいずれか選択し[ ]に○を記入してください		
参 加 者	氏 名	職 種 ・ 役 職	職 歴
			年
			年
			年
			年
			年