令和元年度「医療メディエーター養成研修会」

参加申込書

　医療機関名

　部　　署

　職　　種

　ふりがな

　氏　　名

　郵便物送付先

　　　　　〒

　連絡先

　E-mailアドレス

　年　　齢　　　　　　　　歳　　　　　卒後年数　　　　　　　　年

　医療安全経験年数　　　　　　　　年

　メディエーター協会の導入研修受講の有無

　　　　　　　　　未受講　・　受講済（平成　　年　　月）

送付先：府医　医療安全課　ＦＡＸ：０７５－３５４－６０７４