# 第２回　医療安全講演会（２／１５）　参加申込み

◆医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆参加者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿職種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿職種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿職種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿職種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿職種＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

**府医ＦＡＸ：０７５－３５４－６０７４へご送付ください**

担当者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿