**送付先：府医 医療安全課　ＦＡＸ：０７５－３５４－６０７４**

**日本医療メディエーター協会認定研修**

**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 |
| 同研修の受講履歴 | □未受講　・　□受講（平成・令和　　年　　月） |

申込日：令和　４　年　　　　月　　　　日

担当者：

担当連絡先：