

送付先：府医 医療安全課 F A X：075-354-6074

令和7年度 医療メディエーター研修会 参加申込書

＜受講区分＞

☐ 導入編〔7月26日（土）〕

☐ 基礎編〔9月20日（土）、21日（日）〕

※両区分受講される場合はどちらにもチェックください

ふりがな					
氏 名					
所属医療機関					
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	F A X			
メール	@				
年 齢	歳	卒後年数	年	医療安全部門 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 7 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

【問い合わせ先】 京都府医師会 医療安全課 TEL 075-354-6505