**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→　□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 |
| メディエーター協会導入研修受講の有無 | □未受講　・　□受講（平成・令和　　年　　月） |

申込日：令和　３　年　　　　月　　　　日

担当者：

担当連絡先：