

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→ <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 未受講 ・ <input type="checkbox"/> 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： _____