

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"/> 所属医療機関 <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
同研修の受講履歴	<input type="checkbox"/> 未受講 ・ <input type="checkbox"/> 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：_____