

送付先：府医 医療安全課 FAX：075-354-6074

令和6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 [6月15日(土)]

基礎編 [7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→ <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 6 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