「令和元年度茨城県医療安全研修会」

申込ＦＡＸ用紙

１１月１５日（金）まで に御送信くださいますようお願い申し上げます

 ＦＡＸ送信先：029－301－3139　厚生総務課 行

開催日時：令和元年１１月２４日（日）１３時～１６時（受付１２時３０分～）

会　　場：ザ・ヒロサワ・シティ会館（茨城県立県民文化センター）　小ホール

（水戸市千波町東久保697 　TEL 029-241-1166（代））

参 加 費：無 料

※ 駐車台数が限られており，また，当日は大ホールのイベントで相当の混雑が予想されますので，なるべくバス等の交通機関をご利用くださるようお願いします。

医療機関(施設)名：　　　　　　　　　　　　　　　代　表　者：

 　　ＴＥＬ番号：　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | （ ふ　り　が　な ）出　席　者　氏　名 | 役　職　名 | 職　　　　　種 |
| １ | （　　　　　　　　　） |  | 医師・薬剤師・看護職・臨床検査技師・事務職・その他（　　　　　　　） |
| ２ | （　　　　　　　　　） |  | 医師・薬剤師・看護職・臨床検査技師・事務職・その他（　　　　　　　） |
| ３ | （　　　　　　　　　） |  | 医師・薬剤師・看護職・臨床検査技師・事務職・その他（　　　　　　　） |
| ４ | （　　　　　　　　　） |  | 医師・薬剤師・看護職・臨床検査技師・事務職・その他（　　　　　　　） |
| ５ | （　　　　　　　　　） |  | 医師・薬剤師・看護職・臨床検査技師・事務職・その他（　　　　　　　） |

※１　職種の欄は，該当する職種を○で囲んでください。

(その他の職種の方は，（　）内に具体的な職種を記入願います。)

２　記入欄が不足する場合は，コピーをしてお申し込みください。