

送信先：東京都医師会事務局医療安全対策課 宛

FAX (03-3292-7097)

E-mail (anzen@tokyo.med.or.jp)

《申込締切日》

平成 29 年 2 月 10 日 (金)

(所属医師会名) _____ 医師会

(医療機関名) _____

医療事故調査制度研修会

参加申込書

1. 日 時 平成 29 年 2 月 15 日 (水) 午後 4 時～5 時 30 分 (終了予定)
 2. 会 場 東京都医師会館 2 階講堂

	(ふりがな)	医師・看護師・事務・()
	氏 名	所 属/役職名
1		医師・看護師・事務・()
		/
2		医師・看護師・事務・()
		/
3		医師・看護師・事務・()
		/
4		医師・看護師・事務・()
		/

☆職種 (上段) : 医師・看護師・事務の場合は○をつけてください。
 上記以外は () 内にご記入ください。
 ☆所属/役職名 (下段) : それぞれ名称をご記入ください。

※申込方法

お手数ですが上記内容をご記入の上、本会医療安全対策課宛へ E-mail 添付、又は FAX (各送信先は左上参照) により、2月10日(金)までにご回報くださいますようお願い致します。

なお、申込者が上記人数以上になる場合は、本申込書をコピーしてご使用ください。

また、施設設備の関係上、受講人数に限りがございますため定員 (300 人) になり次第、締め切らせていただきますことを予めご了承ください。