平成29年　　月　　日

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）  氏　名 | 医師・看護師・事務・（　　　　　　）  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。