

(別紙)

平成27年度医療安全研修会 参加申込書

三重県健康福祉部医療対策局医務国保課医療政策班 行き

医療機関名 _____

ご担当者 _____

ご連絡先 _____ 内線 (_____)

| | 職 種 | 氏 名 |
|---|-----|-----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |

* 職種の欄には、医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、事務等を記入してください。

(講演に際し、ご質問がありましたらご記入ください。)

送り先 Fax 059-224-2340