

2022 年度「医療安全管理者養成講習会」受講申込書

北海道病院協会 事務局宛  
F A X 011 - 231 - 9902 (送信状不要)

【申込期限】 全日程受講 令和4年10月5日(水)必着

スキルアップセミナー

講習のみ 受講を希望する講習の開催日2週間前必着

演習のみ 令和4年11月18日(金)必着

\*受講生ごとにお申込みください。複数名のお申込みの場合は、本用紙をコピーしてお申込みください。

1 希望する内容 にチェックを入 れてください。	全日程受講	スキルアップセミナー受講
2 法人名		
3 医療機関名		
4 郵便番号		
5 住所		
6 電話番号		
7 FAX番号		
8 担当者氏名		
9	ふりがな	
	受講者氏名	
10 所属部署		
11 役職名		
12 職種		
13 電話番号	<u>研修当日に受講生に連絡ができる電話番号を必ずご記入下さい。</u>	
14 E-mail	<u>事務局からの連絡、課題の提出はメールで行います。必ずご記入下さい。</u> <u>携帯電話キャリアメールは不可。研修で使用するPCで受信できるメールアドレスを</u> <u>登録すること。</u>  @	

本講習会で得た個人情報、開催のご案内等にはのみ使用し、第三者に提供することはありません。

申込日 令和 4 年 月 日

<事務局使用欄>

受講申込書を受理いたしました。 受講番号 \_\_\_\_\_