

北海道医師会 事業第四課 行

FAX 011-210-4514 E-mail 4ka@m.douj.jp

令和4年度 病院管理研修会 参加申込書

医療機関名				
医療機関住所	〒			
TEL/FAX	TEL:	FAX:		
	フリガナ 氏名	職名	医籍登録番号 (医師のみ)	参加方法 (該当するものに○)
1				会場・WEB
	E-mail	@		
2				会場・WEB
	E-mail	@		
3				会場・WEB
	E-mail	@		
4				会場・WEB
	E-mail	@		
5				会場・WEB
	E-mail	@		

※申込書に記載していただいた個人情報は、原則として本研修会関係者（担当役職員、講師等）でのみ使用し、それ以外に利用いたしません。ただし、新型コロナウイルスの感染が判明した場合には、申し込み情報（氏名・住所等）を保健所等の公的機関へ提供する場合があります。
※やむを得ず開催を中止及び開催方法を変更する場合は、メールまたは電話にてご連絡いたしますので必ずご記入願います。