

第8回医療コンフリクト・マネジメント研修会
受講申込書とりまとめ票

標記研修会につきまして下記のとおり申込みします。

記

導 入 編 _____ 名

フォローアップ^o 研修編 _____ 名

連絡先：

住 所

施 設 名

電 話

F A X

E - m a i l

事務担当者

※ 貴施設にて取り纏めた受講申込書（様式2）を添付してください。

※ 受講の可否は締め切り後、上記事務担当者あてにご連絡します。

申込締切：8月25日（水）

第8回医療コンフリクト・マネジメント研修会 受講申込書

導 入 編：令和3年9月4日（土）午後1時～午後5時

フォローアップ研修編：令和3年9月4日（土）午前10時～午後12時

1	ふ り が な 氏 名	
	職 種	(例：医師・看護師等)
	所属医療機関名	
	受 講 希 望	導 入 編 ・ フォローアップ研修編
	参 加 形 式	石川県医師会館 ・ Zoom
2	ふ り が な 氏 名	
	職 種	(例：医師・看護師等)
	所属医療機関名	
	受 講 希 望	導 入 編 ・ フォローアップ研修編
	参 加 形 式	石川県医師会館 ・ Zoom
3	ふ り が な 氏 名	
	職 種	(例：医師・看護師等)
	所属医療機関名	
	受 講 希 望	導 入 編 ・ フォローアップ研修編
	参 加 形 式	石川県医師会館 ・ Zoom

※ 4名以上になる場合は本紙をコピーしてご使用ください。