導入編　参加申込書(複数用)　　　　　　申込日　平成　　年　　月　　日

日本医療メディエーター協会（JAHM）北陸支部

　　城北病院　医局事務課　小出文香

E-mail　：j-jahm@jouhoku.jp

電話番号：076-251-6111

　 住 所：〒920-8616 石川県金沢市京町20番3号

　※参加者は1施設5名以内まででお願いいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |
| 施設名 |  | |
| 住所 | 〒 | |
| 施設の電話番号 |  | |
| 参加証の連絡先 | E－mail | |
| ふ　り　が　な |  | 所属部署 |
| 氏　　　　名 |  |
| ふ　り　が　な |  | 所属部署 |
| 氏　　　　名 |  |
| ふ　り　が　な |  | 所属部署 |
| 氏　　　　名 |  |
| ふ　り　が　な |  | 所属部署 |
| 氏　　　　名 |  |
| ふ　り　が　な |  | 所属部署 |
| 氏　　　　名 |  |
| **費用　5000円** | **口座振り込み　参加証にてご案内します。** | |

**【申し込み方法】**

参加申込書にご記入の上、メールまたは郵送にてお申し込みください。

1施設に5名までの参加とさせていただきます。それ以上のご希望の際には連絡下さい。

　　郵送も可　　　先着順となりますので定員になり次第、受付を終了させていただきます。

　　　　　　　　　参加決定は参加証にてご案内いたします。

**【個人情報の取り扱いについて】**☆ご記入いただいた情報は、日本医療メディエーター協会からの各種連絡、情報交換のためのみに利用します。

**【お問い合わせ先】**日本医療メディエーター協会（JAHM）北陸支部

　　　　　　　　城北病院　医局事務課　小出文香

E-mail　：j-jahm@jouhoku.jp

電話番号：076-251-6111

　　 住 所：〒920-8616 石川県金沢市京町20番3号