基礎編を終了した医療従事者対象　　　　　　　　　　　　 申込日：平成　　年　　月　　日

フォローアップ編 参加申込書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  |  | | |
| 施設名 | |  |  | | |
| 住所 | |  |  | | |
| 施設の電話番号 | |  | 連絡責任者内線番号 | | |
| 連絡責任者のﾒｰﾙ | |  | E－mail | | |
| 連絡責任者の氏名 | | | ふ　り　が　な | 所属部署 | 役職・職種 |
|  | | |  |  |  |
|  | 参加申込者　氏　名 | | ふ　り　が　な | 所属部署 | 役職・職種 |
| １ |  | |  |  |  |
| ２ |  | |  |  |  |
| ３ |  | |  |  |  |
| ４ |  | |  |  |  |
| ５ |  | |  |  |  |
| ６ |  | |  |  |  |
| ７ |  | |  |  |  |

**【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。

　　　　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

。

**【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。

**【申込先・お問い合わせ先】**日本医療メディエーター協会（JAHM）北陸支部事務局

城北病院 医局事務課　小出　文香

E-mail：[j-jahm@jouhoku.jp](mailto: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