FAX:　0263-92-1012日本医療メディエーター協会甲信越支部事務局

〒390-1401 長野県松本市波田4417-180　（松本市立病院医療安全管理室内）

TEL:0263-92-1012, FAX: 0263-92-1012, E-mail：jahmkousinetu@gmail.com

申　込　用　紙　（基礎編）

* 医療コンフリクト・マネジメントセミナー　基礎編
* 茅野会場　平成30年9月8日（土）10:00～18:00、9日（日）9:00〜17:00
* 参加をご希望の方は、下記をご記入のうえ、メール（jahmkousinetu@gmail.com）に添付またはFAXにてお申込ください。
* 同じ施設から複数名の受講を希望された場合、キャンセル待ちにさせていただく場合があります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込日** | 平成30年　　　月　　　日 | | |
| **ふりがな** |  | | |
| **氏　名** |  | | |
| **施設名** |  | | |
| **職　種** |  | 役　職 |  |
| **優先順位**  必須記入では  ありません | 同じ施設で複数名申込まれる場合、キャンセル待ちとさせていただくことがあります。施設内で受講希望者の優先順位がありましたら、ご記入ください。 | | |
| １　　　２　　　３　　　４　　　５　　（〇をしてください） | | |
| **電　話** |  | | |
| **連絡先** | 必要事項をご記入の上、下記いずれかを■に変換またはチェックください。  〒：  連絡先：　□　自宅住所、　□　勤務先住所 | | |
| E-mail ： | | |
| **弁　当** | □　必要　・　□　不要 | | |
| **記念祝賀会参加**  （10/27　17：30～） | □　参加　・　□　不参加 | | |

＊　7月31日までにお申し込みください。

＊　昼食代（2,000円）は別途、当日受付にて集めさせて頂きます。

＊　受講料のお振込などにつきましては、参加受付完了後に改めてご案内致します。