第６回医療コンフリクト・マネジメント研修会

（様式１）

石川県医師会　宛

ＦＡＸ　０７６－２３９－３８１０

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

基礎編　　　　　　　　名

ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修編　　　　　　　　名

連絡先：

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 施設名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| e－mail |  |
| 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３１日（金）

第５回医療コンフリクト・マネジメント研修会

（様式２）

受講申込書

|  |
| --- |
| 導入編：平成３０年９月２２日（土）午後１時～午後５時基礎編：平成３０年９月２２日（土）午前９時30分～午後５時30分９月２３日（日）午前９時～午後５時ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修編：平成３０年９月２３日（日）午後２時～午後４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　・　基 礎 編　・　ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修編 |
| 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　・　基 礎 編　・　ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修編 |
| 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　・　基 礎 編　・　ﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ研修編 |

* 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。