

第 11 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

基 礎 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：9月6日（金）

第11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6年9月22日（日）午前9時～午後1時

基礎編：令和6年9月21日（土）午前9時30分～午後5時30分

9月22日（日）午前9時～午後5時

フォローアップ[®]研修編：令和6年9月21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 ・ 基礎編 ・ フォローアップ [®] 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 ・ フォローアップ [®] 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 ・ フォローアップ [®] 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。