

FAX：052-834-3512 愛知県保険医協会 組織部 行き

2024年度 医療安全管理研修会申込用紙

医院名				
会員名				
医院住所	〒 —			
医院電話	() —			
担当者名				
会 場		①10/3(木) 豊橋会場	②11/7(木) 名古屋会場	③12/12(木) 刈谷会場
職 種 人 数	事務職			
	看護職等(OT・PT、 検査技師等含)			
	歯科衛生士 歯科助手			
	医師・歯科医 師			
	その他			
	合 計		人	人

- ★会員自身及び正会員のいる医療機関の従業員が対象です。
- ★いずれも参加費は無料です。各日程とも定員になり次第締め切ります。
- ★お申し込みは、1医療機関10人（3会場合計）までとさせていただきます。
- ★開催日の10日前ごろ受講票ハガキ(会場案内地図など)を送付しますので、日程・場所等をご確認ください。届かない場合はご連絡ください。