

参加申込書

送信先：023-686-6674 (山形県立保健医療大学)

電子メール(送信先:hambo@yachts.ac.jp)で申込む場合、PDF ファイル添付またはメール本文に必要事項の記載をしてください。件名は「医療従事者講習会参加」としてください。

件名：平成 28 年度保健医療大学医療従事者講習会参加

日時:平成 29 年3月4日(土) 13:00 - 15:00 (担当:看護学科 安保寛明)

所属機関：_____.

*病院名など、参加者の方々の共通するご所属をご記入ください。

申し込み担当者：_____.

*定員超過の場合のお知らせや開催事項の変更など、必要な場合に連絡を受けてもいい方の名前を記載下さい。

連絡先：電話（_____）、電子メール（_____）.

*上記のお知らせをする場合に連絡をするための連絡先をご記入ください。

いただいた情報は個人情報保護を十分に順守し、研修会に関する連絡以外には使用いたしません。

参加者氏名	参加者の背景	特記事項*
	教育担当 管理職 産業保健担当者 精神保健従事者 その他（_____）	
	教育担当 管理職 産業保健担当者 精神保健従事者 その他（_____）	
	教育担当 管理職 産業保健担当者 精神保健従事者 その他（_____）	
	教育担当 管理職 産業保健担当者 精神保健従事者 その他（_____）	
	教育担当 管理職 産業保健担当者 精神保健従事者 その他（_____）	
	教育担当 管理職 産業保健担当者 精神保健従事者 その他（_____）	

*研修参加において配慮が必要な場合にはお知らせください。

申し込み締め切りは3月1日（水）を予定しています。