

<申込先>

福岡県精神科病院協同組合 宛

FAX:092-524-4632

※申し込み締切日

H27・7/31(金)

『医療事故調査制度』研修会(2015.08.18)

受講申込書

病院名			
(ふりがな) 申込氏名 * 職 種	ふりがな 氏 名		
	* ○印記入 ⇒ 医師・看護師・事務職・精神保健福祉士・その他()		
	ふりがな 氏 名		
	* ○印記入 ⇒ 医師・看護師・事務職・精神保健福祉士・その他()		
	ふりがな 氏 名		
	* ○印記入 ⇒ 医師・看護師・事務職・精神保健福祉士・その他()		
住 所	〒		
	電話番号		ファックス

<注意事項>

- ① FAX受信をもって、申込み受付とさせていただきます。なお、こちらからの返信等はいたしませんので予めご了承ください。
- ② 受講申し込みの変更・取り消しについては、研修会開催日の2日前までに福岡県精神科病院協同組合へご連絡ください(TEL:092-521-0690)。
- ③ 受講料は、当日受付にてお支払いいただきます。

主催：福岡県精神科病院協同組合・(一社) 福岡県精神科病院協会