

医療安全セミナー（WEB）申込書

（1）医療機関等情報

医療機関等名称	
所属郡市医師会	
メールアドレス	@
連絡先	TEL : ()

※「メールアドレス」欄には、本セミナーのZoomミーティングID及び資料等に関するご連絡をお送りして良いアドレスをご記入願います。（複数人で視聴予定の場合、代表アドレス可）

※「連絡先」欄には、各種ご連絡及び当日システム不具合が生じた場合等にご連絡して良い電話番号をご記入願います。

（2）受講者等

フリガナ 氏 名	職 種	担当者
	医師 ・ 医師以外	
	医師 ・ 医師以外	
	医師 ・ 医師以外	
	医師 ・ 医師以外	
	医師 ・ 医師以外	
	医師 ・ 医師以外	
	医師 ・ 医師以外	

※「職種」欄には該当する選択肢に○をつけてください。

※「担当者」欄には、本セミナーに関してお問い合わせ窓口となっただけの方へ○をつけてください。

※欄が不足する等の場合、記載項目が網羅されていれば本様式に拘りません。

※申込書で得られた個人情報は、参加者確認・報告書用並びに各種データの作成に使用いたします。