FAX 送信先：大分県立病院 教育研修センター 行

FAX：０９７－５４６－０７２５

Mail：kensyu-center@oitapref-hosp.jp

※**開催日の２日前**までにお申し込みくださるようお願いいたします。

大分県立病院医療安全管理・褥瘡対策合同研修会申込書

開 催 日：令和３年１１月２６日（金）１７：３０～１８：３０

 場　　所：大分県立病院　３階　講堂

申込内容：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所　属 | 役　職 | 氏　名 | 受講証明書の要　　　　否 |
| 例 | ○○病院消化器内科 | 主任医師 | 県病　太郎 | 要　・　否 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

代表者氏名：

代表者連絡先：（ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ）　　　　　　　　　　（電話番号）

**※必ずご確認ください※**

・必ず事前申込をお願いいたします。

・申込人数により、受講をお断りする可能性がございます。何卒御了承ください。

・【対象：医師】本研修会は**日本専門医機構認定講習会**です。受講証明書が必要な

場合は事前にお知らせください。

＜問い合わせ先＞

大分県立病院 教育研修センター担当:麻生　貴紀

TEL:097－546－7454

FAX:097－546－0725