FAX送信先：大分県立病院　教育研修センター　行

FAX：０９７－５４６－０７２５

※各開催日の前日までにお申し込みくださるようお願いいたします。

令和元年度第２回医療安全管理研修会申込書

開催日：①令和元年１１月２７日（水）１７：３０～１８：３０

場　所：大分県立病院　３階　講堂

【ビデオ講習会】

１２月３日（火）②１３：３０～、③１５：００～、④１７：３０～

１２月４日（水）⑤１０：００～、⑥１３：３０～

１２月９日（月）⑦１０：００～、⑧１５：００～、⑨１７：３０～

申込内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属 | 役職 | 氏名 | 受講する回 |
| 例 | 大分県立病院消化器内科 | 主任医師 | 県病　太郎 | ① |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

代表者連絡先：

**※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　厚田　利恵

TEL　097－546－7454

FAX　097－546－0725