

令和 8 年度医療事故調制度に関する管理者等研修会
(参加申込書)

一般社団法人 鹿児島県医療法人協会
会 長 小田原 良治 殿

法人名 _____

病院名 _____ ご記入者氏名 _____

ご連絡先電話 (_____) FAX (_____)

職 種 (医師・看護師・事務)	役 職 名	研修区分	ふ り が な
			ご 氏 名
		() I 部	
		() II 部	
		() I 部	
		() II 部	
		() I 部	
		() II 部	
		() I 部	
		() II 部	

※ご参加の方は、準備の都合上、10月13日(火)までにご記入の上、
FAXにてご連絡下さいますようお願いいたします。

受講料の納入については、参加申込書受領後、こちらからご連絡いたします。

(鹿児島県医療法人協会 FAX 099-268-4972)