

申し込み締め切り：平成23年9月22日（木）

所属名 _____

申込担当者名 _____

連絡先電話番号（ _____ ）

平成23年度 難病医療従事者研修1 参加申込書

10月12日（水）9：30～16：00

職 種	氏 名	希望の講義に○をしてください				
		全講義希望	講義の番号			
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4
			1	2	3	4

※人数が多くなりましたら連絡させていただきますが、連絡がない場合は当日開始時間までにお越しください。

※リハビリ室での講義については、部屋移動のため早めにお越しください。

医療機関実習 参加申込書

※希望日と職種、名前をご記入ください。2日間まで希望できます。

※人数の関係で希望日を調整する場合があります。その際には連絡させていただきます。

月/日	職 種	氏 名	職 種	氏 名
日（ ）				
日（ ）				
日（ ）				

(注) < 参加者実習目的 希望実技・希望実習内容 >

氏 名	実 習 目 的	希望する実技・希望する実習内容