申込日　　令和　　年　　月　　日

施設名

参加者氏名　医師：

看護師：

薬剤師：

検査技師：

その他(　　　　　)：

その他(　　　　　)：

参加ご希望の日時を記入してください。

【開催希望日時（複数回答可】

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日　＜例：8月25日（金）＞ | 開催時間　＜例：15:00～＞ |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

連絡先

宮崎大学医学部医療支援課医療安全係　神野

TEL：0985-85-9136　FAX：0985-85-9769

MAIL：kansen\_seigyo@med.miyazaki-u.ac.jp