

令和6年度 医療従事者向け 小児救急に関する研修会

事前申込書

- 後日受講票を送付させていただきます。受講票は当日必ずお持ちください。
- 申込書に記載されている個人情報は、第三者に提供することはありません。

下記の申込フォームよりお申込みください。



申込フォーム URL : <https://x.gd/hdLSM>

※左記 QR コードからもお申込みいただけます。

上記フォームよりお申し込みが難しい場合には、以下をご記入の上、
FAXにてお申し込みください。(FAX 052-241-4130)

ふりがな	
氏名	
勤務先名	
勤務先名 住所 ※受講票を記載住所へ送付します。	〒 _____ TEL _____ FAX _____
職種	<input type="checkbox"/> 医師 (<input type="checkbox"/> 医師会会員 <input type="checkbox"/> 医師会非会員) 医籍登録番号(_____) 所属医師会 ※医師のみ回答ください (_____) <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※その他の方は、職種をご記入ください。

公益社団法人愛知県医師会

医療業務部第1課

TEL 052-241-4138

FAX 052-241-4130

E-Mail chiiki_1@aichi.med.or.jp

申込締め切り日 : 令和6年9月27日 (金)