学校関係者向け 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://forms.gle/cScfMhH1v3RzXkYf9

※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	□ 教諭　□ 養護教諭　□ 幼稚園教諭 □ 保育士　□ その他 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１２月２４日（火）