【　　　】

研修申込用紙

※ メール（FAX）にこの用紙をPDFにて添付してお送りいただくか、

下記１～5の項目を記載の上、下記アドレスにお送りください。（HPからダウンロード可能です）

申込先 MAIL: [kenshu@byoken.com](mailto:kenshu@byoken.com)　**公益社団法人 医療・病院管理研究協会**

　(FAX: 03-3352-2575)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込研修名 |  | |
| 1　住　　　所 | 〒 | |
| 2　施　設　名 |  | |
| 3　参加者氏名 | （ふりがな） | |
| 氏名 | |
| 4　部署・役職  職種（〇をつけて下さい） |  | |
| 1.診療　2.看護　3.事務　4.診療技術　5. その他【　　　　　　】 | |
| 5　連　絡　先 | TEL |  |
| FAX |  |
| メールの送付先がお申込者と異なる場合には、こちらにご記入ください。  部署・氏名 | |
| 6 ZOOM ID等、当日参加のための詳細をお送りするメールアドレスをご記入ください。  **メールアドレスの記入には、o(オー）0(ゼロ）-（ハイフン）\_（アンダーライン）の区別が付くようにご記入下さい。）**  　E-mail：  **今回の研修はどちらでお知りになりましたか。**  **□ 郵送案内　　□ HP　 □ その他：** | | |