

受付FAX:03-6869-2890

受講申込書 [医療安全管理者研修認定講座]

特例措置	■受講制度 : 一般 ・ 特例	■教育補助金適用 : 有 ・ 無	
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男	S ・ H
		女	年 月 日
送付先住所 (自宅・勤務先)	〒 ー		
勤務先名		所属	
		役職	
連絡先TEL	下記にレを入れて選択して下さい	TEL:()-()-()	
	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
E-mail	@		

※上記の空欄にご記入してください。

■受講する認定講座を下記いずれかにレを入れて選択してください。

- 医療安全管理者 (リスクマネジャー)
- ゼネラルリスクマネジャー
- 医療対話推進者 (メディカルメディエーター)
- デンタルリスクマネジャー

■テキストおよび今後の研究資料等関係書類の送付先および連絡先について
下記いずれかにレを入れて選択してください。

- 自宅
- 勤務先

上記ご記入のうえ FAX もしくは、下記へご連絡ください。

◆一般社団法人日本病院管理協会 日本メディカルマネジメント学院◆

[事務局] 札幌 / 東京 / 名古屋 / 京都 / 大阪 / 広島 / 福岡 / 那覇

フリーダイヤル: 0120-075-078 (通話無料: 携帯・PHSからもOKです)