

参加申込書

送信先：日本医療マネジメント学会
第8回福島支部学術集会 事務局行き
(いわき市立総合磐城共立病院 医療安全管理室)

FAX：0246-27-2148

発信元：_____

TEL：_____

FAX：_____

発信者：氏名（_____）

所属（_____）

| 職種（該当職種を○囲み） | 氏名 |
|-------------------------|----|
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |
| 医師・看護職・薬剤師・検査技師・放射線技師・他 | |

※参加申込者多数の場合は、複数枚ご使用ください。

※当日の準備のため、7月7日（金）現在の申し込み状況を

お知らせいただけると幸いです。（当日参加可）