

(送付先：公益社団法人愛知県医師会医療業務部第1課 FAX 052-241-4130)

医療安全に関する講演会受講申込書

(令和7年10月2日(木) 14:00～15:30開催)

会場：栄ガスビル 5階 ガスホール

(名古屋市中区栄三丁目15番33号 栄ガスビル 5階)

申込締切：令和7年9月12日(金)

ふりがな 氏 名	
勤務先名	
勤務先 住 所	〒 _____ TEL _____ FAX _____
職 種	☐ 医師：(☐ 会員 ・ ☐ 非会員) ☐ 看護師 ・ ☐ 事務員 ☐ その他 ()
医籍登録番号	

※上記にご記入のうえ、愛知県医師会医療業務部第1課宛へ FAX (052-241-4130) にてお申し込みください。

※一人1枚の受講票を発行いたします。参加希望者が複数おられる場合は、本申込書をコピーしてご利用ください。

※個人情報とは本講演会以外には使用いたしません。



※1名毎のお申し込みが必要となります。
※左記二次元コードからもお申し込みいただけます。

公益社団法人愛知県医師会
医療業務部第1課
電話：052-241-4138
FAX：052-241-4130
E-Mail：chiiki_1@aichi.med.or.jp