

令和7年度 医療従事者向け 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し込みください。



申込フォーム URL : <https://forms.gle/Lu2DY5wJaURHndTs5>

※左記二次元コードからもお申し込みいただけます。

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 ※就業者のみ記入	
勤務先住所 ※非就業の方は 自宅住所	〒 — ※受講票を記載住所へ送付します。 TEL — — FAX — —
職種	☐ 医師 (☐ 医師会会員 ☐ 医師会非会員) 医籍登録番号 ※医師のみご回答ください () 所属地区医師会 ※医師のみご回答ください () ☐ 看護師 ☐ 事務員 ☐ その他 () ※その他の方は、職種をご記入ください。
メールアドレス	

公益社団法人愛知県医師会

医療業務部第1課

T E L 052-241-4138

F A X 052-241-4130

E-Mail chiiki_1@aichi.med.or.jp

申込締切日 : 令和7年9月24日(水)

※ただし、申込者が定員に達した時点で締め切り