

令和8年度 学校関係者向け 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込みください。



申込フォーム URL: <https://forms.gle/Md59bbtoGRG6gsHw7>

※左記二次元コードからもお申込みいただけます。

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	
勤務先住所	〒 _____ ※受講票を記載住所へ送付します。 TEL _____ FAX _____
職種	☐ 教諭 ☐ 養護教諭 ☐ 幼稚園教諭 ☐ 保育士 ☐ 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

TEL 052-241-4138

FAX 052-241-4130

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

申込締切日：令和8年10月13日（火）

※定員を超えた場合には、抽選となります。