

令和８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、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/nvLKsUWQMxmmXQqw8>

※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<br>※就業者のみ記入         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 勤務先住所<br>※非就業の方は<br>自宅住所 | 〒 _____<br><br>TEL _____<br><br>FAX _____<br><br>※受講票を記載住所へ送付します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 職種                       | <input type="checkbox"/> 医師 （ <input type="checkbox"/> 医師会会員 <input type="checkbox"/> 医師会非会員 ）<br>医籍登録番号    ※医師のみご回答ください（                  ）<br>所属地区医師会    ※医師のみご回答ください（                  ）<br><input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務員 <input type="checkbox"/> 消防関係者<br><input type="checkbox"/> その他（                                  ）<br>※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8年10月6日(火)

(医報・HP 掲載用)