

日時

令和7年10月18日(土)
14:00~18:00

会場

海南病院 講堂(教育研修棟3階)
(弥富市前ヶ須町南本田396番地)

下記の申し込みフォーム(グーグルフォーム)よりお申し込みください。

申し込みフォーム URL

<https://forms.gle/xpHNdqccRjNFkrFr7>

※1名毎のお申し込みが必要となります。※右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、
以下に必要事項を全てご記入の上、FAXにてお申し込みください。
(愛知県医師会 医療業務部第3課宛 FAX:052-241-4130)

フリガナ						性別	男・女
申込者氏名							
職種	1.医師(医師会/非会員) 2.看護師 3.保健師 4.歯科医師 5.薬剤師 6.理学療法士 7.作業療法士 8.言語聴覚士 9.相談支援専門員 10.保育士 11.その他()						
医籍登録番号 ※医師のみ記入							
勤務先名 ※就業者のみ記入							
勤務先住所 ※非就業者の方は 自宅住所	〒 - ※受講票を郵送いたしますので必ずご明記ください						
TEL / FAX	TEL - / FAX -						
E-mail							

FAX
送信
方向

FAX:052-241-4130

※申込者多数の場合は抽選になります。

※原則として、ご本人の承諾なく個人情報をご講習会以外に利用または第三者に提供いたしません。

※受講の可否は後日、受講票(ハガキ)の発送をもってお知らせいたします。お手元に届かない場合は下記までお問い合わせください。

※当日は検温の上、微熱のある方、体調の優れない方のご出席はご遠慮ください。

※やむを得ない事由が発生した場合は、講習内容や開催時間の変更及び中止とさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

申し込み・
問合せ先

公益社団法人 愛知県医師会 医療業務部第3課

〒455-0031 名古屋市港区千鳥1-13-22

TEL:052-241-4143 (土・日・祝日を除く9:00~17:00) FAX:052-241-4130 E-Mail:chiiki_3@aichi.med.or.jp