市立三次中央病院　安全管理係　佐々木宛(ＦＡＸ　0824-65-0150)

三次地区感染対策研修会　参加申込書

(7月2日までにお申し込み下さい)

ご施設名(　　)　研修代表者名(　　)
ご連絡先　TEL番号　0824－(　　)－(　　)

人数	希望される研修会に☑をつけて下さい	御職種名	御芳名	ご質問や研修内容へのご希望があれば、この欄にお書き下さい
①	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務職 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
②	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務職 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
③	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務職 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
④	□第1回目 □第2回目 □第3回目	)□医師　□看護師 □薬剤師　□事務職 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
⑤	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
⑥	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
⑦	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		
⑧	□第1回目 □第2回目 □第3回目	□医師　□看護師 □薬剤師　□事務 □検査技師　□ケアマネ □その他（　　）		