

— 添 書 不 要 —

あて先：岩手医科大学附属病院 病院事務部医務課 田沢 日和 行き
【FAX】：019-651-6606 / 【電子メール】hiyori.tazawa@j.iwate-med.ac.jp

平成 29 年度 救命救急センターに搬送された自殺未遂者の自殺企図の
再発防止に対する複合的ケース・マネジメントに関する研修会 東北地区【岩手】

***** 受講申込書 *****

平成 30 年 2 月 10 日(土)～2 月 11 日(日)開催 岩手医科大学 木の花会館 3 階 会議室

申込日	年 月 日		
フリガナ			
氏名			
所属（施設名、部署名）			
勤務先住所	〒 (※確実に通知等受け取れる住所をご記載ください)		
採用職種名		臨床経験年数	
専門職としての資格		資格取得年月日	
連絡先メールアドレス (※携帯アドレス以外)	@		

申し込みについて

参加申し込みを FAX または電子メールで受け付けておりますので、いずれかの方法にてお申込みください。
なお、お電話での申し込みは受付致しておりません。

【FAX】 019-651-6606

この用紙にご記入のうえ、そのまま送信して下さい。

【電子メール】 hiyori.tazawa@j.iwate-med.ac.jp

本文メールに受講申込書を添付して送信して下さい。

申込締切：平成 30 年 1 月 12 日（金）