

# 研修の申し込み方法

**FAX番号 093-531-4036**

1. 研修への参加を希望される方は、下記に必要項目を記載の上、FAXにて申し込みをお願いします
2. 申し込み時に頂いた情報については、本研修以外には使用しません
3. 定員超過でご参加頂けない方のみメールで通知させていただきますので、メールアドレスは必ず記入をお願いします
4. キャンセルについては、研修開催3日前までにメールにてお知らせください
5. ※については 忘れずに記入をお願いします

※ 氏名	
※ 職種	医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・その他( )
連絡先	
※ メールアドレス	@
所属施設	

※ 氏名	
※ 職種	医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・その他( )
連絡先	
※ メールアドレス	@
所属施設	

**定員になり次第、申し込み終了とさせていただきます**

お問い合わせ先：医療法人社団恵友会 霧ヶ丘つだ病院 井上真実  
Mail : res\_study\_kyuoki@yahoo.co.jp



# 研修の申し込み方法(連名の場合)

**FAX番号 093-531-4036**

1. 研修への参加を希望される方は、下記に必要項目を記載の上、FAXにて申し込みをお願いします
2. 申し込み時に頂いた情報については、本研修以外には使用しません
3. 定員超過でご参加頂けない方のみメールで通知させていただきますので、メールアドレスは必ず記入をお願いします
4. キャンセルについては、研修開催3日前までにメールにてお知らせください
5. ※については 忘れずに記入をお願いします

施設名	
※ 代表者氏名	
※ 代表者 連絡先	
※ 職種	医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・その他( )
※ メールアドレス	@
参加者①	
参加者②	
参加者③	
参加者④	
参加者⑤	

**定員になり次第、申し込み終了とさせていただきます**

お問い合わせ先: 医療法人社団 恵友会 霧ヶ丘つだ病院 井上真実

Mail: [res\\_study\\_kyuoki@yahoo.co.jp](mailto:res_study_kyuoki@yahoo.co.jp)

