

三次地区感染対策研修会 参加申込書

(7月7日までにお申し込み下さい)

ご施設名()所属部署名()
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	事前に何かご質問や研修内容にご希望があれば、お書き下さい
①	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
②	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
③	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
④	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑤	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑥	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑦	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		
⑧	<input type="checkbox"/> 第1回目 <input type="checkbox"/> 第2回目 <input type="checkbox"/> 第3回目	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 検査技師 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 ()		