

令和2年度

# 西三河北部小児在宅医療講習会 受講申込書

FAX  
送信方向

日時・場所

日時:令和2年**10月3日(土)** 14:00~18:00

場所:豊田加茂医師会館講堂 (豊田市西山町三丁目30-1)

フリガナ			
申込者氏名		性別	男 ・ 女
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( )		
勤務先名			
勤務先住所	〒 -		
TEL/FAX	TEL( ) - /FAX( ) -		
E-mail			

※上記にご記入のうえ、愛知県医師会医療業務部第3課宛へFAX(052-241-4130)にてお申し込みください。

※受講の可否は後日、ハガキにてご連絡いたします。

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

※新型コロナウイルス感染症等の状況により、Webでの開催や中止となる場合もございます。あらかじめご了承ください。

お問い合わせ先

公益社団法人 **愛知県医師会 医療業務部第3課**

〒460-0008 名古屋市中区栄四丁目14-28

TEL:052-241-4143 FAX:052-241-4130 E-mail:chiiki\_3@alchi.med.or.jp

お問い合わせ:土日祝日を除く9:00~17:00

FAX 052-241-4130