送付文不要

送信先：新潟県医師会　業務課（ＦＡＸ）０２５－２２４－６１０３

新潟県医師会・日本医療メディエーター協会（共催）

令和５年度第１回医療コンフリクト・マネジメントセミナー

参　加　申　込　票

参加を希望する場合、次の所定事項を記入のうえ、５月２日（火）までに本会　　　業務課あてお申込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講を希望する講座に☑を記してください  (チェックは1か所のみとなります) | 開催日程 |
| □ 導入編 | 6月3日(土)午後1時～午後5時 |
| □ 基礎編(導入編受講者が対象) | 6月3日(土)午前9時～午後5時  6月4日(日)午前9時～午後5時  （両日とも受講する必要があります） |
| □ フォローアップ編(基礎編修了者が対象) | 6月4日(日)午前9時30分～午後4時 |

※会場はいずれも新潟県医師会館（新潟市中央区医学町通二番町13番地）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏　　名 |  | 年齢 | 歳 |
| 職　　種 | 看護師長、医事課長等の役職がある方は下記もご記入ください。 | （在職年数）　　年 | |
| 役　　職 |  | （在職年数）　　年 | |
| 所属施設名 |  | | |
| 連絡先電話番号 | 日中、連絡が取れる電話番号（下記のうち１つに○印）を記載してください。  所属施設 ・ 自宅 ・ 携帯電話 ・ その他（　　　　　　）  （　　　　　　）　　　　　― | | |
| メールアドレス  **※当選のご連絡や受講前の注意事項等、事務局との連絡に使用いたしますので必ず記入をお願いします。** | メールアドレス記載前に、以下にチェックをつけてください。  □受講希望者本人アドレス(個人mailｱﾄﾞﾚｽ・施設mailｱﾄﾞﾚｽ)  □受講希望者以外アドレス(代理者個人ｱﾄﾞﾚｽ・代理者施設ｱﾄﾞﾚｽ)  **【mail:　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 】** | | |
| （基礎編受講希望者のみ）  導入編を受講した  年月日・開催場所 | 導入編未受講の場合は「受講なし」と記載ください。なお、受講にあたっては導入編受講者が優先となりますことをご了承ください。 | | |