送付文不要

送信先：新潟県医師会業務課【FAX】025-224-6103【ﾒｰﾙ】gyoumu@niigata.med.or.jp

新潟県医師会・日本医療メディエーター協会（共催）

令和６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、６月１４日（金）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 | 7月20日(土) 午後1時～午後5時 |
| □ 基礎編(導入編受講済者が対象。事前web視聴者も含む) | 7月20日(土) 午前9時～午後5時  7月21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) | 7月21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  **※選定結果のお知らせ、受講に関しての注意事項等、事務局からの連絡として使用いたしますのでご記入ください。** | **【個人ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ:　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】**  ※当会返信時には「受講者様宛」とし、個人名が記載されない場合がありますので、受講者本人が確認できるｱﾄﾞﾚｽを記載してください。 | | |
| （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。 | | |

※選考結果については、上記ｱﾄﾞﾚｽ宛に遅くとも開催日10日前までにお知らせいたします。

10日前になっても事務局から連絡がない場合は、お手数でも開催要領の問い合わせ先まで

ご連絡ください。