

提出日: 令和7年 月 日

岩手県医師会 総務課 行
(FAX:019-654-3589)

令和6年度 医療安全・医療事故防止研修会 参加申込書

日時 令和7年3月8日(土) 午後3時～5時15分
場所 岩手県医師会館 4階 ホール

所属市町村名	
医療機関名	
ふりがな 氏名	・職種を○で囲んで下さい ※ その他の場合は、()内に職種をご記入願います
	・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・助産師 ・事務 ・その他 ()
	・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・助産師 ・事務 ・その他 ()
	・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・助産師 ・事務 ・その他 ()
	・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・助産師 ・事務 ・その他 ()
	・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・助産師 ・事務 ・その他 ()
	・歯科医師 ・看護師 ・薬剤師 ・助産師 ・事務 ・その他 ()

2月25日(火)までにお申込み願います。