

送信先 011-531-9746

問い合わせ先 札幌中央病院 石井令子 TEL 011-513-0111

開催日時 : 2019年7月13日(土) 10時30分~16時30分

申込締切 : 2019年6月27日(木)

所属支部	札幌第1支部 札幌第2支部 札幌第3支部 札幌第4支部 その他の支部 ()
施設名	
申込 代表者	氏名
	Tel 番号
	Fax 番号

●申込後に欠席となる場合は、メール (r-ishii@sc-h.or.jp) または電話でのご連絡をお願いします。

●参加申込書の個人情報は、厳重に管理いたします。

申込日 月 日

交流会に関する質問などがありましたら、お書きください。

	ふりがな	役職・役割が ある方はチェックを 記入してください	入会状況	昼食準備
	氏名		該当するものに○をつけてください	
参加 申込 ①		<input type="checkbox"/> 看護部長・副部長	会員	必要
		<input type="checkbox"/> 課長・師長相当		
参加 申込 ②		<input type="checkbox"/> 主任相当	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 医療安全管理者		
参加 申込 ③		<input type="checkbox"/> 部署内安全係	会員	必要
		<input type="checkbox"/> 看護部長・副部長		
参加 申込 ④		<input type="checkbox"/> 課長・師長相当	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 主任相当		
参加 申込 ⑤		<input type="checkbox"/> 医療安全管理者	会員	必要
		<input type="checkbox"/> 部署内安全係		
参加 申込 ⑥		<input type="checkbox"/> 看護部長・副部長	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 課長・師長相当		
参加 申込 ⑦		<input type="checkbox"/> 主任相当	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 医療安全管理者		
参加 申込 ⑧		<input type="checkbox"/> 部署内安全係	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 看護部長・副部長		
参加 申込 ⑨		<input type="checkbox"/> 課長・師長相当	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 主任相当		
参加 申込 ⑩		<input type="checkbox"/> 医療安全管理者	非会員	不要
		<input type="checkbox"/> 部署内安全係		