第１回医事研究会（ワークショップ） 申込書

本申込書を７月１４日(金)までにＦＡＸ (045-231-1794)でお送り下さい。（先着順）

病院から複数の方がお申込みされる場合は、人数分お送りください。

**【申込者情報】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな　氏　　名** |  | **所属(課・科)** |  |
| **役　　職** |  |
| **病 院 名** |  | | |
| **連 絡 先** | **メールアドレス** | | |
| **電 話 番 号　　　　　 　（　　　）** | | |
| **ＦＡＸ番 号　 　　 　（　　　）** | | |

【**申込区分**】　※ 入院又は外来どちらか１つをお申込みいただきます。(　)に○をしてください。

　　　　　　　【　　】には、申込区分（入院・外来）の医事経験年数（2023年8月末現在）を

お書きください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **（　　　）** | **入　　　院** | **【　　　　年　　　　ヶ月　】** |
| **（　　　）** | **外　　　来** | **【　　　　年　　　　ヶ月　】** |

当日のタイムスケジュール（予定）

　 9：40～10：00　受付

10：00～10：10　開会挨拶・討議方法説明

10：10～12：00　グループ討議

12：00～13：00　休憩（昼食は持参いただくか、近隣の飲食店をご利用ください）

13：00～14：50　グループ討議

14：50～15：00　休憩

15：00～15：30　各グループから発表

15：30～16：30　出題者からの解説及び質疑応答

※都合により内容、時間配分等を一部変更する場合があります。

※新型コロナの感染状況等により、やむを得ず開催を取りやめる場合があります。

**＊申込先 ＦＡＸ番号　０４５－２３１－１７９４(送付状不要です)＊**