医療クオリティマネージャー養成事業公開セミナー　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名（ふりがな） |  |
| 年　齢 ・ 性　別 |  |
| 所　属 |  |
| 職　位 |  |
| 職　種 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 |  |
| 参加希望セミナーのお伺い  （　）に数字をご記入ください。 | * 1日目 № 1-1,1-2 (13:00～15：00) （第　　希望） * 1日目 № 2-1,2-2 (15:30～17：30) （第　　希望） * 2日目 № 3-1,3-2 (10:00～12：00) （第　　希望） * 2日目 № 4-1,4-2 (13:00～15：00) （第　　希望） |

●ご記入の上、[skurokochi.qmc@tmd.ac.jp](mailto:skurokochi.qmc@tmd.ac.jp)までお送りください。

●参加の可否につきましては、8月5日頃にご連絡いたします。