

平成30年4月20日（金）開催
第13回青森県立中央病院
クリニカルパス講演会
受講申込書

医療機関名： _____

所在地：〒 _____

担当者名： _____

連絡先（電話）： _____

連絡先（E-mail）： _____

<受講希望者> ※希望者が3人以上の場合には、用紙をコピーして使用してください。

所属	職・氏名	「懇親会」の出欠 ※会費4,000円程度
		出席 ・ 欠席
		出席 ・ 欠席
		出席 ・ 欠席

<クリニカルパス講演会やパスに関する御質問等がありましたら御記入ください。>

<参加申込期日>

平成30年4月11日（水）まで

<申込書提出先>

○ FAXの場合（この用紙に御記入の上、送信ください。）

送信先：青森県立中央病院 経営企画室 クリニカルパス事務担当

FAX番号：017-726-8325

○ E-mailの場合

送信先：青森県立中央病院 医療情報部 神山

アドレス：tkamiyama@aomori-kenbyo.jp

※ 連絡先は、別紙の講演会チラシをご確認ください。