**医療専門職教育研修センター地域医療機関向け研修会**

（　平成26年７月26日開催　葛西龍樹教授講演会）

**参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名  電話番号 | 電話 | **ＦＡＸ番号またはメールアドレス**  **（必須）** |
|  | **参加者氏名（職種）** | |
| １ | （　　　　　） | |
| ２ | （　　　　　） | |
| ３ | （　　　　　） | |

申込・問い合わせ先：

〒631-0846　奈良市平松1-30-1（奈良県総合医療センター内）

地方独立行政法人奈良県立病院機構　医療専門職教育研修センター

℡：0742-46-6001（内線2120）

Ｅメール：[kyoiku@nara-pho.jp](mailto:kyoiku@nara-pho.jp)

**ＦＡＸ：０７４３－８５－７０２６**