

# 山梨医療安全研究会 正会員入会申込書

山梨医療安全研究会事務局宛

入会希望年月日

お名前 ふりがな

男  女

研修歴  
(3日間以上の研修)

<input type="checkbox"/>	日本看護協会リスクマネージャー養成研修 I・II
<input type="checkbox"/>	山梨県看護協会リスクマネージャー養成研修
<input type="checkbox"/>	その他 <input type="text"/>

勤務機関 名称   
所属   
役職   
所在地 〒   
ビル   
電話番号   
FAX番号   
E-mail

自宅 住所 〒   
マンション   
電話番号   
FAX番号   
E-mail

連絡先  勤務先  自宅

会費振込み  
領収書添付欄

\*記載内容は山梨医療安全研究会の目的以外に使用いたしません。

事務局使用欄

受付年月日   
受付者

印