



[別紙2]

送信先ファクシミリ番号
0857-29-1578

第3回「勤務環境改善に向けたトップマネジメント研修会」

参加申込書

医療機関名 _____

ご担当者名 _____

連絡先 TEL _____

10月27日(金) 13時30分～15時30分		
会 場		出席される会場に○印をして下さい
1. メイン会場(鳥取県医師会館)		
2. サブ会場 (中部医師会館)		
3. サブ会場 (西部医師会館)		
職氏名 (5名以上ご参加 いただく場合は、 この用紙をコピー してください)	職名	氏名
	職名	氏名
	職名	氏名
	職名	氏名
	職名	氏名

【通信欄】