



送信先ファクシミリ番号  
0857-29-1578

## 「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28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】