愛知県保健医療局健康医務部 医務課　行

電子メール：imu@pref.aichi.lg.jp　　　　ＦＡＸ：０５２－９５４－６９１８

**脳脊髄液減少症に関する研修会　参加申込書**

**申込締切：令和６年１月３１日（水）**

**【日時・場所】**

日時：令和６年２月９日（金）午後２時から午後４時まで

場所：独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

　中央診療棟 ６階　大会議室（名古屋市南区三条１－１－１０）

**【担当者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先名 |  | | |
| 勤務先住所 |  | | |
| 担当者所属 |  | 担当者氏名 |  |
| ＴＥＬ |  | | |
| E-mail |  | | |

**【参加希望者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　種 | 診療科 | 第２部（実技見学）への参加  ※対象者：医師のみ |
|  |  |  | 希望する　・　希望しない |
|  |  |  | 希望する　・　希望しない |
|  |  |  | 希望する　・　希望しない |
|  |  |  | 希望する　・　希望しない |
|  |  |  | 希望する　・　希望しない |

※　医務課までメール又はＦＡＸによりお申込みください。

※　お申込み多数の場合、参加者を調整する場合がございますので、あらかじめご了承

ください。

　※　参加の可否は、後日、メールにてご連絡させていただきます。

**［申込み・問い合わせ先］**

愛知県保健医療局健康医務部 医務課 医務グループ（前田）

ＴＥＬ　　０５２－９５４－６２７４（ダイヤルイン）

ＦＡＸ　　０５２－９５４－６９１８

電子ﾒｰﾙ 　 imu@pref.aichi.lg.jp