

第1回 愛知県予防接種基礎講座 参加申込書

提出先 あいち小児保健医療総合センター 保健室
FAX 0562-43-0504
MAIL hoken_center@mx.achmc.pref.aichi.jp

医療機関名	市区町村	担当
		部署 氏名 連絡先

出席者名簿

医師の方で、日本医師会生涯教育制度の単位取得を希望される方は、下記に御記入ください。

医籍登録番号	氏名(※必須)	フリガナ(※必須)	生年月日	性別(※必須)	群市区医師会名(※必須)
				男・女	
				男・女	
				男・女	
				男・女	

上記以外の医師、看護師等 医療関係者の方はこちらに御記入ください。

職種	氏名

講師への質問等ございましたら、御記入ください。

--

提出期限 平成30年10月19日(金)

※悪天候等により研修会を中止する場合は、あいち小児保健医療総合センターWebページ (<http://www.achmc.pref.aichi.jp/sector/hoken.html>) 上に中止連絡を掲載します。