ICD認定更新用講習会・教育企画（２点）申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 講習会／講習会名 |  | |
| ２ | 代表世話人、日時、会場 | 代表世話人氏名： | |
| 平成　　　年　　　月　　　日（　　）開催 | |
| 時　～　　　　　時まで | |
| 会場名： | |
| 住　所： | |
| 電話番号： | |
| ３ | 参加費 | 有（　　　　　　円）　・　無 | |
| ４ | 参加方法（申込制／オープン制） |  | |
| ５ | 申込者（ICD認定者） | 申込者： | |
| 勤務先： | |
| 〒  E-mail：　　　　　　　　　FAX: | |
| ６ | 参加予定人数 | ICD人数　　　　　名 | |
| 医師： | 看護師： |
| 検査技師： | 薬剤師： |
| 事務職： | 一般： |
| その他： | |
| ７ | 講演会／講習会の目的  （会則がある場合は添付して下さい） |  | |
| ８ | プログラム（添付） |  | |
| ９ | 主催団体名 |  | |
| 10 | 共催団体名 |  | |
| 11 | 参加票の送付先 | 氏名：　　　　　　　（〒　　　　）  電話：　　　　　　　　　　　　FAX： | |