

市立函館病院メディカルシミュレーションセンター
研修会参加申込書・誓約書

年 月 日

市立函館病院メディカルシミュレーションセンター長 様

下記のとおり研修会への参加を申し込みます。

参加希望日時		年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
研修会コース名			
代表者	氏名・職種	<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> その他 ()	
	所属施設		
	連絡先	電話 :	F A X :
		M A I L :	
代表者以外の利用者		<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ()	
		<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ()	
		<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ()	
		<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ()	
		<input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 研修医 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 医学生 <input type="radio"/> 看護学生 <input type="radio"/> その他 ()	
注意事項 ※申し込み結果について、代表者へ F A X でお知らせいたしますので、 F A X 番号を必ずご記載ください。			

誓約書 私は、研修会参加にあたり市立函館病院メディカルシミュレーションセンター利用規程を遵守いたします。 <div style="text-align: right;">代表者署名 _____</div>
--

..... M S C 処理欄

市立函館病院メディカルシミュレーションセンター申込確認書

年 月 日

上記内容にて研修会への申し込みを受付いたしました。

下記理由にて研修会への申し込みは受付できません。

確認印

※研修会当日に本書をお持ちください。