メール・FAX送信票（10月31日（水）申込締切）

高知県健康政策部医事薬務課　川島　行

ＦＡＸ：088－823－9137

**平成30年度 高知県医療関連感染対策研修会**

**参加申込書**

**医療機関名：**

**住　　　　所：**

**担当者名**：

**連絡先（℡）**：

　**参加希望者氏名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **参加希望****順位** | **職　　名** | **職　　種** | **氏　　名** |
| **１** |  |  |  |
| **２** |  |  |  |

より多くの医療機関の皆さまにご参加いただきたい研修会です。申込みは１医療機関につき代表者２名までとさせていただき、申込書に参加希望順で参加希望者の氏名のご記入をお願いいたします。

日　時：平成30年11月18日（日）　14：00～15：30　(受付13:30～)

場　所：ちより街テラス　ちよテラホール（住所:高知市知寄町２丁目１－37）

※１　参加申込者が多数となる場合は、複数名申込の医療機関からの参加を調整させて頂きますので、ご了承下さい。

※２　ご希望通り参加できる場合については参加者決定のご連絡いたしませんが、参加人数を調整させていただく場合はご連絡いたします。