

■ 第8回サーベイヤー講習会の開催について ■

日時 : 2011年8月22日(月)10:30~16:00
場所 : 全社連研修センター(東京都)
内容 : 新規サーベイヤー養成の講習会
受講者数 : 40名
参加費 : 1万円(昼食代含む)

※受講対象者は正会員(個人会員)のみとさせていただきます。

ご入会につきましては裏面をご参照ください。

再受講をご希望される方もご連絡ください。

【お申込み方法】

受講申込書の必要事項を明記のうえEメールまたはFAXにてお申込ください。

定員になり次第、申込の受付を終了とさせていただきます。

【お申込み手順】

1. 受講申込書にてお申込み
2. 事務局より、Eメールにて講習会のご案内と参加費のご請求
3. 受講者より、参加費のお振込

サーベイヤー講習会 受講申込書

FAX【03-3456-4748】・Eメール【jimukyoku@jce-pct.jp】

お名前	ふりがな			
ご所属先 名称	ふりがな			
所在地	都道府県		郵便番号	—
	住所			
電話番号			FAX番号	
Eメールアドレス (個人)				

臨床研修評価をご担当の方にご入会をお勧めします。
正会員の資格は個人に帰属します。

臨床研修に携わる皆様へ

NPO 法人卒後臨床研修評価機構

入会申込書(正会員)

本申込書によるお申込後、2週間以内に指定の銀行口座へ年間会員費をご納入ください。サーベイヤー講習会と同時申し込みの場合は、講習会参加費と合わせてご納入いただけます。会員登録手続きを完了しましたら、Eメールにてご連絡を申し上げます。

お名前	ふりがな			
ご住所	都道府県		郵便番号	—
	住所			
資格等	1)医師 2)看護師 3)事務管理	4)他医療従事者 5)研究者 6)一般	左記より選択し、番号を記入してください	
Eメールアドレス (個人)				
医療専門分野				

ご所属先	ふりがな			
所在地	都道府県		郵便番号	—
	住所			
電話番号			FAX 番号	
部署名/ご職名				
病院機能評価 の受審	1)受審 2)未受審	左記より選択し、番号を記入してください		

希望連絡先	1)勤務先 2)自宅	左記より選択し、番号を記入してください		

【年会費のお振込先】

りそな銀行 麻布支店 普通預金
口座番号:1610183
口座名:卒後臨床研修評価機構
正会員 10,000 円

【お問い合わせ先】

NPO 法人卒後臨床研修評価機構 事務局
〒105-0014 東京都港区芝 3-1-15 芝ポートビル
TEL:03-3456-4747/FAX:03-3456-4748

臨床研修評価をご担当の方にご入会をお勧めします。
正会員の資格は個人に帰属します。