*NPO法人卒後臨床研修評価機構行*

***Email：jimukyoku@jce-pct.jp　 FAX：03-5212-2445***

**サーベイヤー講習会　受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ（個人） |  |

**NPO法人卒後臨床研修評価機構**

**正会員　入会申込書**

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（１万円／年）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 | 〒 |
| 資格等 | １）医師　２）看護師　３）事務　４）他医療従事者　５）研究者　６）一般（丸で囲んでください） |
| Eメールアドレス |  |
| 医療専門分野 |  |
| ご所属先 |  |
| 所在地 | 〒 |
| TEL／FAX |  ／ |
| 所属部署／ご職名 |  ／ |
| 希望連絡先 | １）ご所属先　２）ご自宅　　　　　　　　　（丸で囲んでください） |