*NPO法人卒後臨床研修評価機構行*

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

第7回　臨床研修実務者コース（応用編）　参加申込書

1.病院・施設の名称

|  |
| --- |
|  |

該当する番号に○をしてください。

2.参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 氏名（ふりがな） | （ ） | １．正会員（参加費5千円）  ２．機関会員（参加費5千円）  ３．非会員（参加費1万2千円） |
| 部署／職名 | ／ |
| 2 | 氏名（ふりがな） | （ ） | １．正会員（参加費5千円）  ２．機関会員（参加費5千円）  ３．非会員（参加費1万2千円） |
| 部署／職名 | ／ |
| 3 | 氏名（ふりがな） | （ ） | １．正会員（参加費5千円）  ２．機関会員（参加費5千円）  ３．非会員（参加費1万2千円） |
| 部署／職名 | ／ |
|  |  | 合計金額 | 円 |

3.連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 〒　・　都道府県 | 〒 |  |
| 所在地 |  | |
| TEL |  | |
| 当講習会の申込担当者  氏名／職名 | ／ | |
| Eメールアドレス |  | |

※お申込み後、当JCEP事務局より引き続きの手続きについてEメールにてご連絡申し上げます。

【申込期間】2019年1月22日まで、または定員になり次第締め切らせていただきます。

NPO法人　卒後臨床研修評価機構

〒102-0083　東京都千代田区麹町3-3-8丸増麹町ビル　TEL：03-5212-2444/FAX：03-5212-2445