*NPO法人卒後臨床研修評価機構行*

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

第12回　臨床研修病院事務担当者講習会　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 |  |

※事務担当者向け講習会プログラムですが、医師等がご受講されても差し支えはありません。

※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】2017年11月28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。