

## 第21回 シミュレーショントレーニング in 新見 参加申込書

\*こちらの申し込み用紙をFAXで送信するか、  
右のQRコードからお申し込みください。



※差し障りのない範囲でご記入下さい。

ご氏名	
ご勤務先	
ご所属	<input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他( )
経験年数	年目
ご連絡先	電話番号 または メールアドレス
希望の時間	<input type="checkbox"/> 13時30分~ <input type="checkbox"/> 15時00分~ <input type="checkbox"/> どちらでもよい
シミュレーショントレーニング 参加の有無	<input type="checkbox"/> 参加したことがある <input type="checkbox"/> 参加したことがない
※特筆事項等がございましたらご記入ください。	

※ご記入いただきました情報は、本研修会の連絡用および次回開催時の参考にさせて頂く目的以外には使用することはございません。

# FAX送信先: 086-235-6835

## 岡山大学病院ダイバーシティ推進センター

【お問合せ先】

〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1  
岡山大学病院 中央診療棟5F  
TEL/FAX 086-235-6835

