送付先：香川県医務国保課　医療政策グループ　佐藤　あて

別紙２

　MAIL：[pe1373@pref.kagawa.lg.jp](mailto:pe1373@pref.kagawa.lg.jp)

　申　込　書

１　取りまとめ担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 担当者部局課室名 |  |
| 担当者名（ふりがな） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※これらの情報は、当該研修会に関する事務にのみ利用し、その他の目的には利用いたしません。

２　参加申込者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 医　療　機　関　名 | 職　種 | ふりがな |
| 氏　名 |
| １ |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |
|  |

（注意事項）

※１０月１７日（木）までにご返送をお願いいたします。

※選考結果は取りまとめご担当者様へお知らせいたします。なお、定員を超える場合は、地区ごとに選定させていただきます。