

平成25年度  
病院管理講習会・患者相談窓口担当者講習会  
受講票

|        |                      |
|--------|----------------------|
| 病院所在地  | _____ 区・市・町          |
| 病 院 名  |                      |
| 受講者職氏名 | 職種 _____ 氏名 _____    |
| 連 絡 先  | 電話番号 _____ ( _____ ) |

- ※ 病院管理者又は医療安全推進担当者及び患者相談窓口担当者、その他関連業務に携わる病院職員を対象とします。
- ※ 会場の都合上、原則として1病院につき1名までの受講とさせていただきますので御了承ください。

(枠内を記入の上、当日会場までお持ちください)