

茨城県医師会 茨城県医療勤務環境改善支援センター 行  
( F A X : 0 2 9 - 3 0 3 - 5 1 1 6 E-mail : iryokankyo@ibaraki.med.or.jp )

## 講師派遣申込書

申込日 令和 年 月 日

医療機関名					
住 所	〒				
担 当 者	担当部署				
	職・氏名	(職)	(フリガナ)		
連 絡 先	電 話		FAX		
	E-mail				
参加人数等	予定人数	人			
	参加対象者(職種等)				
研修開催 希望日	候補日①	令和	年	月	日 ( )
	候補日②	令和	年	月	日 ( )
	候補日③	令和	年	月	日 ( )
所要時間	希望時間	:	~	:	
	研修	時間	分程度	/	質疑応答 分程度
研修会会場					
研修目的 希望テーマ等					
病院側で準備 できるものに○ を付けて下さい	・パソコン	・スクリーン	・ホワイトボード		
	・液晶プロジェクター	・ワイヤレスハンドマイク			
	・レーザーポインター	・その他 ( )			
その他ご希望、ご要望など					

<事務局記入欄>

--