

名古屋市医師会 地域医療課 FAX：937-6323
 受付期間：令和6年6月14日（金）～令和6年7月12日（金）

- ※1 定員を超えた場合は抽選にて受講者を決めさせていただきます
 （先着順ではございません）
 ※2 座席は1机2名の着座になる場合がございますのでご了承下さい
 ※3 受付期間内にお申し込みくださいますようお願いいたします
 ※4 受講可否について受付期間終了後、FAXにてお知らせいたします

名古屋市かかりつけ医等心の健康対応力向上研修 受講申込票

第1回（コ・メディカル対象） 令和6年 8月 3日（土） 14:00～17:30
 第2回（医師対象〔成人Ⅰ〕） 令和6年 8月31日（土） 14:00～17:40
 第3回（医師対象〔成人Ⅱ〕） 令和6年 11月30日（土） 14:00～17:15
 第4回（医師対象〔思春期〕） 令和7年 2月 1日（土） 14:00～17:15

医療機関名	
医療機関 所在地	
医療機関 電話／FAX番号	

受講申込み者（楷書で正確にご記入下さい。）

※受講回に○を付けてください。

氏 名（ふりがな）	性 別	生年月日（西 暦）	職 種	受講回（複数可）
1	男・女	年 月 日		第1回・第2回 第3回・第4回
2	男・女	年 月 日		第1回・第2回 第3回・第4回
3	男・女	年 月 日		第1回・第2回 第3回・第4回
4	男・女	年 月 日		第1回・第2回 第3回・第4回
5	男・女	年 月 日		第1回・第2回 第3回・第4回
6	男・女	年 月 日		第1回・第2回 第3回・第4回

※枠が足りない場合はコピーしてご記入ください。

第1回はコ・メディカルのみ

ご連絡担当者

※ ご連絡させていただく際のご担当者名をご記入下さい。