

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。	