

平成30年度 第19回「フォローアップ研修」申込用紙

日精協通信教育事務局 FAX番号 03-5232-3315

下記太枠内の①～⑦をご記入ください

希望するものに○

①	開催日	時間	内 容	受講希望
①	3月6日	9:00～10:30	精神科の知識と対応で知っておくべきこと	
		10:40～12:10	精神科医療事故とその対応	
②	ふりがな			
	氏名			
③	勤務先			
④	通信教育 修了回／修了番号		第 () 回 修了番号 (-)	
			※不明な場合、下記におおよその修了年度をご記入ください 平成 () 年度 修了	
⑤ 決定通知書 送付先	連絡先	住所	(勤務先 ・ 自宅) ※いずれかをご選択ください	
			〒 -	
		TEL	(勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯) ※いずれかをご選択ください () - () - ()	
⑥	日本精神科医学会 認定看護師更新の為の受講ですか (はい ・ いいえ)			

申込結果(FAX)を希望される場合、⑦をご記入ください

⑦	返信先宛名	返信先FAX番号
	様	() - () - ()

※申込結果は指定の返信先へFAXにてお知らせします。

※返信先宛名・返信先FAX番号のないものは、FAXでの結果通知は行いません(「決定通知書」を後日ご郵送いたします)。

申込結果

申込が受理されました。後日「決定通知書」を送付します。

既に定員に達しており、残念ながら受付できませんでした。

(公社)日本精神科病院協会 通信教育事務局

TEL03-5232-3311 / FAX03-5232-3315 / 月～金(祝日を除く) 9:00～17:30