1. ご希望日に〇をつけてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日 | 日　程 | 場　所 |
|  | 第１回 | 令和３年７月１８日（日） | 桑名市総合医療センター |
|  | 第２回 | 令和３年７月３０日（金） | 伊勢赤十字病院 |
|  | 第３回 | 令和３年９月３日（金） | 大仲さつき病院 |
|  | 第４回 | 令和３年１１月５日（金） | こころの医療センター |
|  | 第５回 | 令和３年１２月１０日（金） | 伊賀市立上野総合市民病院 |

1. 申込担当者を記載してください（決定通知書の送付先となります）。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込担当者名 |  | 申込担当者メールアドレス |  |
| 施設名 |  | 電話番号 |  |
| 住　所 | 〒 |

３．参加者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（フリガナ） | 生年月日 | 職　名（医師・看護師等） | 情報公開の意向確認 |
| 同意する | 同意しない |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（フリガナ） | 生年月日 | 職　名（医師・看護師等） | 情報公開の意向確認 |
| 同意する | 同意しない |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名（フリガナ） | 生年月日 | 職　名（医師・看護師等） | 情報公開の意向確認 |
| 同意する | 同意しない |
| 29 |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  |  |
| 33 |  |  |  |  |  |
| 34 |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |
| 41 |  |  |  |  |  |
| 42 |  |  |  |  |  |
| 43 |  |  |  |  |  |
| 44 |  |  |  |  |  |
| 45 |  |  |  |  |  |
| 46 |  |  |  |  |  |
| 47 |  |  |  |  |  |
| 48 |  |  |  |  |  |
| 49 |  |  |  |  |  |
| 50 |  |  |  |  |  |