

新人従業員向け接遇講座 参加申込用紙
(FAX 052-834-3512)

医療機関名	
会員名	
医療機関住所 電話番号 (資料送付先)	〒 _____ TEL ()
担当者名	
職種と 参加人数 ※該当する職種に参加人数をご記入ください。	・ 受付、事務 () 人
	・ 看護職員…PT・OT等含 () 人
	・ 歯科衛生士、歯科助手 () 人
	・ 医師、歯科医師 () 人
	・ その他 () () 人
	合計 _____ 人
会場 ※A～Jのどれかに○印を付けてください。	A : 一 宮 (4/ 9) B : 名古屋 (4/15) C : 伏 見 (4/20) D : 春日井 (4/27) E : 豊 橋 (4/27) F : 半 田 (5/11) G : 刈 谷 (5/11) H : 伏 見 (5/25) I : WEB (5/20) J : WEB (5/24)
※連絡事項があればご記入ください。	
※複数の会場に分かれて参加の場合は、用紙をコピーして会場ごとに参加申込用紙の記入をお願いします。WEB会場はどちらか1回のみ参加できます。	
愛知県保険医協会 〒466-8655 名古屋市昭和区妙見町 19-2 電話 052-832-1345 / e-mail aichi-hkn@doc-net.or.jp	