

(別紙2)

平成31年度関東甲信越地区結核予防技術者地区別講習会受講申込書 (医療機関等用)

FAX送信先 公益財団法人 ちば県民保健予防財団企画広報課 (FAX: 043-246-8640)

施設名 (団体名) :
担当者名 :
電話番号 :

受講日

所属	氏名	職種	受講日						
			8月1日(木)			8月2日(金)			
			合同講義 前編	合同講義 (厚生労働 省)	特別対策 事業報告	合同講義 後編	三科別講義		
				医師等対象	保健師・看 護師等対象	診療放射線 技師等対象			
例) ○○病院	千葉 花子	看護師	○	○	○	○		○	

※職種は「医師」「保健師」「看護師」「放射線技師」「薬剤師」「事務」等を御記入ください。

※受講日については、参加される欄に○印を御記入ください。

※令和元年7月3日(水)までに受講申込用専用フォーム(県HPにもURLあり)または、上記FAX送信先へ申し込んでください。

【内容に関する問合せ】

千葉県健康福祉部疾病対策課

TEL:043-