別 紙 １

　豊橋市保健所保健医療企画課　医事薬事グループ　秋山・鈴木　宛

　FAX：0532-38-0780

Ｍａｉｌ：hokeniryou@city.toyohashi.lg.jp

令和７年度豊橋市医療安全支援センター講習会の参加申込書

日時：令和7年10月8日（水）　13：30～14：30

開催方法：Zoomによるオンライン講演

受講対象者：豊橋市内医療機関及び薬局

【参加予定代表者】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関・薬局名 |  |
| 参加者氏名（代表者） |  |
| E-mail |  |

（開催日前に参加用URLと講演配布資料を送付しますので、メールアドレスを忘れずに御記載ください。）

事前に質問等がございましたら御記入をお願いいたします。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

御担当者様

申込締切日

9月19日（金）（金）

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| お名前 |  |
| 御連絡先　ＴＥＬ |  |