

申込方法：必要事項をご記入の上、以下メールアドレスへ送付ください。

宛先：infosmcm-group@umin.ac.jp（申込書添付／件名：「人材養成講座申込（お名前）」）

医療事故・紛争対応研究会 人材養成講座 受講申込書

会員別	<input type="checkbox"/> 会員（会員No. _____） <input type="checkbox"/> 一般 *新たに入会される方は会員を選択し、入会申込書（HP上に掲示）をご提出ください。
参加区分	<input type="checkbox"/> 第1～6回 <input type="checkbox"/> 第1～4回（オンデマンド形式のみ）
開始月	<input type="checkbox"/> 5月開始コース <input type="checkbox"/> 6月開始コース
フリガナ	
氏名	
連絡先住所	〒 _____
連絡先電話番号	
所属機関・部署	
E-mail	_____@_____ (視聴用映像フォルダを案内しますので、参加者ご自身のアドレスをご記入下さい。)
受講料お支払方法	<input type="checkbox"/> コンビニ決済 <input type="checkbox"/> 銀行振込
職種	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 看護師 5. 上記以外の医療専門職 (_____) 6. 事務系職員 7. 教育・研究関係者 8. その他 (_____)
医療安全分野での 職務経験	1. あり(_____ として) 2. なし (グループワーク時のメンバー構成のためにお尋ねするものです。受講可否には関係しません。)

*事務局記載欄

受付日： 2026年 _____ 月 _____ 日 / 受付番号： No. _____
--