**第２回埼玉地方会　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | ふりがな | 所属 | 職名 |
|  |  |  |  |
| 会員登録（　会員 ・ 非会員　）　　　懇親会（ 参加 ・ 不参加 ） | | | |

懇親会は全員に名札をつけていただきます。診断書、代行入力、教育など、テーマごとにテーブルが分かれて

いるので、興味のあるテーブルで楽しく食事をしながら情報交換ができるようにコーディネートさせていただ

きます！また、運営スタッフに、情報交換をしたい病院名などを伝えていただければ、その場でマッチングを

させていただきます。有意義な会にしたいと思いますので、是非ご参加ください。

業務を行う上で困っていることや疑問に思っていることを記入してください。

|  |
| --- |
| 診断書について |
| 代行入力について |
| 教育について |
| 管理について |
| その他の業務について |

**締め切りは11月30日（日）です。**　※定員に達し次第、締め切ります。

参加ご希望の方は、この参加申込書をご記入のうえメールに添付し、下記までお送りください。

【申し込み先/問い合わせ先】

東大宮総合病院　医療クラーク室　藤原典子

E-mail：[saitama.ishijimu@higashiomiya.or.jp](mailto:saitama.ishijimu@higashiomiya.or.jp)

TEL：048-684-7111

申し込みを確認したら、受付完了メールをお送りします。一週間以内にメールが届かなかった場合はTELにて

ご連絡ください。