

仙台市医師会厚生部

## スタッフ接遇研修会 参加申込書

仙台市医師会 行  
(FAX 267-5193)

**追加申込**

(追加申込の場合○印)

平成27年3月10日(火)開催の研修会参加を申し込みます。

医療機関名 参加者 名

参加者氏名 職種

参加者氏名 職種

参加者氏名 職種

参加者氏名 職種

参加者氏名 職種

連絡先Tel ご担当者名

- ・すでに申し込みをされており、追加申し込みの場合は右上の「追加申込」に○印をお願いします。
- ・1枚に書ききれない場合はお手数ですが申込書をコピーしてご使用下さい。

※申し込み締め切り：3月6日(金)