FAX　03-3352-4333

Email　phgakkai@jpha.or.jp

**一般社団法人日本公衆衛生学会感染症対策委員会主催**

**感染症事例のリスクアセスメント研修会**

**参　加　申　込　書**

【申請者】

　　ふりがな（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会員№

所属機関　　　　　　　　　　　　　　　　　部署

職種　　　　　　（医師・歯科医師・保健師等）役職　　　　　（課長・講師・助教等）

連絡先住所　〒

（勤務先・自宅）どちらかに○をつけてください。

Tel.　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax.

E-mail　　　　　　　　　＠

参加費用　2,000円（資料代を含む）

（交通費、宿泊費等は別途自己負担です。）

　受講が決定しましたら、振替用紙を送付しますので、参加費用をお振込下さい。

　入金を確認次第、受講通知をお送りいたします。

　いただいた参加費用はお返しできませんので、ご承知下さい。

この度は当研修会にお申し込みいただきまして有り難うございました。