

研修申込書

【送信先】 東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課小児救急医療担当 坂野・佐藤

○ファクシミリ：03-5388-1441（送信票不要）

○メール：S0000299@section.metro.tokyo.jp

※件名を「小児等在宅移行研修（診療所等医師向け・スキルアップ研修）申込み」としてください。

申込期限：令和2年2月14日（金曜日）までにお申込みください。

令和元年度「小児等在宅移行研修」(診療所等医師向け・スキルアップ研修)

日時	令和2年2月23日(日曜日)9:30~17:30(受付9:00から)		
場所	東京都庁第二本庁舎 二庁ホール		
事業所名			
担当者	氏名		電話

〈受講者〉 受講を希望される方を御記入ください。

氏名(ふりがな)	職種	連絡先電話番号	参加希望時間	
			午前	午後

〈セミナー当日の注意事項〉

・研修当日は、第二本庁舎北側出入口にて、身分証明書をご提示のうえ警備員に研修受講者である旨をお伝えください。

・公共交通機関を御利用ください。

・昼食は各自で御利用ください。