令和６年度 病院機能評価受審予備講習会

　　 　受講申込書

令和　　年　 月　　日

令和 ７年 ２月２６日（水）開催の病院機能評価受審予備講習会に、下記のとおり受講

を申し込みます。

病院名(　　　　　 　　　　　)

　　　　　　　　１．貴院について、下記 (病院機能に基づく7区分)から選び○をして下さい。

・一般病院1　 　・一般病院2　 ・一般病院3

　　　　　　　　　　　　 ・ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ病院　 ・慢性期病院　 ・精神科病院　・緩和ケア病院

２．**該当に必ず○印をつけてください**

個別相談　　　1.参加したい　　2.参加しない

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

＊お申し込み・質問のご提出は、**令和7年2月7日（金）までに**

　　　　　　 　　　E-mail：[oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp](mailto:oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp)

FAX ：086-250-3458 で

質　　問　　票

※ 質問は、できるだけ 領域別 にご記入ください。

同種の質問については、講師が整理させていただき、質疑会場でのお答えとなりますが、当日の

回答が無理な時は、後日とさせていただく場合もありますので、あらかじめご了承願います。

　また、**特に個別相談を希望される場合は、より具体的な内容をご記入ください。**

病院名(　　　　　　　　　　)職名(　　　　　)氏名(　　　　　　　　　)

病院名

＊お申し込み・質問のご提出は、**令和7年2月7日（金）までに**

　　　　　　 E-mail：[oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp](mailto:oka-hosp-a@syd.odn.ne.jp)

FAX ：086-250-3458 で