**平成３０年度**

**福岡県医療勤務環境改善セミナー（管理者対象）**

**参加申込書**

**FAX　092－643－3277**

本書のみＦＡＸ等で送付してください（送信票不要）。**【 ※ 3/8(金)締切 】**

|  |  |
| --- | --- |
| 【　送付先　】福岡県保健医療介護部医療指導課医師・看護職員確保対策室医師確保班　担当　下田　行 | 【　差出人　】医療機関名：　　　　　　　　　　　　　 担当者：　　　　　　　　　　　　 　　　電話番号：　　　　　　　　　　　 　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種 | 職　位 | 氏　　名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**＜質問＞　※事例発表施設への質問等、医療勤務環境改善について聞きたいことがあれば、ご記入ください。**