岡山県ピアサポータースキルアップ研修(平成26年9月27日） 参加者申込書

氏名	※修了証に使用しますので楷書で記入願います
ふりがな	
生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日生　／　性別　男 ・ 女
団体名（医療機関名）	（　　　　　　　　　　）
志望動機	
住所	〒
日中連絡可能な連絡先	（　　　　）　　ー
FAX番号	
E-mailアドレス	＠

※選択部分は該当表示を〇で囲って下さい

申込書送付先: 岡山大学病院　医事課診療支援担当　長尾・小林

【郵送】　〒700-8558　岡山市北区鹿田町二丁目５番１号

【ＦＡＸ】　086－235－7814

【Eメールアドレス】 sinryousien@adm.okayama-u.ac.jp

＊応募締切＊　平成26年 9月 5日（金）12:00 必着 （定員２０名）