

受付	確定	通知

模擬患者（SP）派遣申込書

申請日 H 年 月 日	太線内の内容について記載をお願いします。				
申込者(担当者)	氏名		所属		
	連絡先	所属住所	〒 Tel : 0853 - - 島根県		
		携帯番号			
		メール (いずれか)	[職場] [個人]		
研修会テーマ (授業科目)			対象者 人数		
研修責任者 (申込者と同じ場合は記入不要)	氏名		所属		
	連絡先	Tel・携帯電話・メール等			
研修会内容 (授業内容)					
派遣日時・人数	日 時			人 数	
	例：平成 27 年 8 月 7 日(金) 13:00～16:00			2 名	
模擬患者の 概要および要望	例：検温事例 セッション数：4 回 出来たら男性 1 名, 女性 1 名				
相談事項	*SP 派遣に関し相談事項があればご記入下さい。				

* 申込後、担当者より連絡をさせていただきます。

* 模擬患者（SP）派遣が決定しましたら申込者にメール等で連絡させていただきます。