|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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。