別 紙 2

＜お申し込みいただく際の留意点 ＞

※京都私立病院協会ホームページの「研修会・イベント申込」よりお申し下さい。

ご連絡担当者様の情報　連絡担当者の情報を入力してください。

病院名 必須	病院名
病院名かな 必須	病院名かな
所属部署または役職 必須	所属部署・役職
お名前 必須	姓:姓　名:名
ふりがな 必須	姓:姓　名:名
TEL 必須	TEL
FAX 必須	FAX
メールアドレス 必須	メールアドレス
メールアドレス(確認用) 必須 ※ペーストできません	メールアドレス(確認用)

▶ ご連絡担当者様の情報を以下の参加者様の情報に流用する

参加者様の情報　発表者（筆頭演者）の情報を入力してください。

病院名 必須	病院名
病院名かな 必須	病院名かな
お名前 必須	姓:姓　名:名
ふりがな 必須	姓:姓　名:名
職種 必須	○医師　○薬剤師　○保健師 ○助産師　○看護師　○准看護師 ○介護福祉士　○看護補助者　○診療放射線技師 ○臨床検査技師　○臨床工学技士　○理学療法士 ○作業療法士　○言語聴覚士　○あん摩マッサージ指圧師 ○機能訓練士　○音楽療法士　○管理栄養士 ○栄養士　○調理師　○介護支援専門員 ○社会福祉士　○精神保健福祉士　○臨床心理士 ○医療ソーシャルワーカー　○相談員(地域連携部門等)　○事務 ○その他
所属部署 必須	
発表部門 必須	「看護部門」「リハビリテーション部門」は［別紙1］の小項目一覧をご確認の上、選択してください。
※発表部門にて「看護部門（その他）」「リハビリテーション部門（その他）」を選択された場合、その内容をご入力下さい。	
発表部門にて「看護部門」「リハビリテーション部門」を選択された場合、発表内容のキーワードを3つご入力下さい。（群分けの際に必要になりますので【必ず３つ】ご入力ください）	キーワード1　※キーワードは自由です 「看護部門」「リハビリテーション部門」は必ず３つご入力ください （発表内容のキーワードを3つ、自由にご記入ください。）
	キーワード2
	キーワード3
貴施設の採用優先順位	1位