（別紙１）

 令和　7　年　　月　　日

　長野県立病院機構本部研修センター　あて

令和7年度　長野県医療従事者シミュレーション教育指導者研究会

演題申込書

 施設名

1. 申し込み演題

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 内　　　　容 |
| 演　題　名 |  |

1. 演者等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 演者 | 所属 |  |
| (ふりがな) |  |
| 氏名 |  |
| 共同演者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 共同演者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 共同演者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 共同演者 | 所属 |  |
| 氏名 |  |

２　申し込み責任者・連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関(所属名)  |  |
| 連絡先(電話番号)  |  |
| E-mailアドレス |  |
| 連絡責任者　役職名 |  |
| 連絡責任者　氏　名 |  |