様式２

|  |
| --- |
| **送信先：ＦＡＸ番号：０９３−６６２−１７９６** |
| 市立八幡病院内　メディカルスタッフのための感染対策塾事務局 宛 |
| 学会・研修会等参加報告書（様式２） |

様式１で申請した研修会（会の名称：　　　　　　　　　　　　）に出席してきましたので、参加証のコピーを添えて、報告します。

 平成　　年　　月　　日

 施設名

 報告者サイン　　　　　　　　　　　　印

 施設長サイン　　　　　　　　　　　　印

※ 注１）本様式２学会・研修会参加終了報告書送付に際しては、**参加証のコピー**も

FAXして頂きますよう御願い申し上げます。

※ 注２）　補助金は書留にてお送りします。補助金郵送先の住所と受取人氏名を

以下の欄に間違えのないようご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 　郵送先住所　（必須） | 〒電話番号（必須） |
| 　受取人氏名　（必須） | 　 |