**認定病院患者安全推進協議会　会員病院情報請求届**

 **当院は、ホームページのログインに必要な会員病院情報を請求します。**

✍必要事項をご記入の上、電子メールに添付してお送りください（\*のついた項目は必須です）。

記入日\*：　　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **貴院について** |
| 病院名\* | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |

|  |
| --- |
| ご記入いただいた方について |
| 氏名\* | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |  |
|  |  |
| メールアドレス\* | @ |
| 部署・役職\* |  |
| 連絡先(直通) \* | 電話 |  | FAX |  |
| ご要望 |  |

**注意事項　～お手続きについて～**

■　ファイル受領後、内容を確認した上で、登録情報（ログインID・パスワード）を協議会
窓口担当者宛（ご登録メールアドレス）に電子メールにてお知らせいたします。

 お電話での回答はいたしません。

■　ご回答までに、数日かかる場合がございます。

 先着順での受付を行っているセミナーは、
 申込が定員に達した場合、受付を終了いたします。予めご了承ください。