|  |
| --- |
| ***参加申込用紙*** |

**医療安全認定臨床コミュニケーター実習研修会2025**

**(クライシス・コミュニケーション/クライシス・ガバナンス編)**

**主催:国際医療リスクマネージメント学会**

**受講方法 :オンデマンド録画配信**

**オンデマンド視聴期間:**

**2025年11月1日(土)～2026年3月31日(火)**

**下記をご記入の上、参加費振込み控えと供に、2026年3月17日までにFAXないし郵送にて**

**お届けください。**

(フリガナ)

------------------------------------------------------------------------ ---------------------------------------------------------------

▲ 姓 　　 ▲ 電話番号

------------------------------------------------------------------------ ----------------------------------------------------------------

▲ 名 　　　▲　FAX番号

------------------------------------------------------------------------ -----------------------------------------------------------------

▲ 肩書き 　▲ 電子メールアドレス

------------------------------------------------------------------------ ------------------------------------------------------------------

* 所属機関名 　 ▲　住所

|  |
| --- |
| A. 参加費　(資料代を含む) |

お支払いが確認できるまでは、この登録は有効ではありません。

該当項目の( )内に、○をお付けください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **国際医療リスクマネージメント学会の会員 / 国際医療安全推進機構の国際評議員** | **日本医療安全推進学会**  **の会員** | **医療安全心理・行動学会の会員** | **その他の医療施設の従事者** |
| 参加費 | ( ）1万8千円 | ( 　）1万8千5百円 | ( ) 1万8千5百円 | (　 ）1万9千円 |
| 認定検定料 | ( ) 2万円 | ( ) 2万円 | ( ) 2万円 | ( ）2万円 |
| 会員番号 | ( 　 　　　） | ( 　 　　　） | ( 　 　　　） | ― |

(ご注意) キャンセルの際、参加費は返却されません。

代わりの方が参加できますので、申込者が捺印した変更届をご提出ください。(様式は任意)

|  |
| --- |
| B**. 参加料支払方法** |

下記の2種類の支払方法があります。

1. 銀行支払い

　　　銀行支店名:　三菱ＵＦＪ銀行　本郷支店

アイエーアールエムエム　　サカイリョウジ

　　　口座名義:　　IARMM　酒井亮二

　　　口座番号:　　普通 0111719

(2) カード決済

PayPalによるカード決済が可能です。下記URLの下部をご参照の上お支払ください。

<http://www.iarmm.org/J/CRCA2025/Pay/>

-------------------------------------------------------

本参加登録用紙をご記入の上、下記の事務局宛に申し込み期限内にFAXないし郵送にてお届けください。

銀行振り込みの際には、振込用紙の控えもお届けください。

|  |
| --- |
| **医療安全認定臨床コミュニケーター実習研修会**  国際医療リスクマネージメント学会  一般社団法人国際医療安全推進機構内  (Tel) 　03-3817-6770　　 (Fax) 　03-6801-6987  (電子メール)  head.office01@iarmm.org  〒113-0033　東京都文京区本郷4-7-12-102 |