

医療における安全文化に関する調査実施申込書

施設名	ふりがな 正式名称
	英語表記
部署名	
ご担当者様 姓 名	ふりがな
e-mail	@
TEL	- -
FAX	- -
住所	〒 -
実施予定期	平成 年 月 日頃
対 予 象 定 者 数	約 名 病床数 床
送 信 先	FAX : 03-5577-6273

※送信番号はお間違えないようご確認ください

【個人情報に関する取扱い】に同意する。（同意する場合はを入れてください）

【個人情報に関する取扱い】

- ご記入いただきました個人情報の利用目的は「調査実施」「レポート提出」および関連情報の連絡のためです。
- ご記入いただきました個人情報は第三者に提供、委託することはありません。
- 個人情報のご提出は「本人の意思」によるものです。ご提出いただけない場合、調査実施できない場合がございます。
- 個人情報に関する問い合わせや開示等は下記にお申し付けください。

担当 e-mail 松井 matui@mdbj.co.jp（個人情報保護管理責任者）
西村 chiru@mdbj.co.jp
※ @mdbj.co.jp からのメールを受信できるようにしてください

住所 〒101-0052
東京都千代田区神田小川町 3-6-8 伸幸ビル 7 階有限会社MDB内
医療における安全文化に関する調査事務局

事務局使用欄

受付番号					