

(徳島県医療政策課地域医療・医師確保担当 行き)

FAX:088-621-2898

※病院単位で取りまとめて申込みください。

令和5年度第2回徳島県臨床研修指導医養成講習会 (R5.12.9-10)

参 加 申 込 書

ふりがな

◎ 氏 名 _____ (男 ・ 女)

◎ 生年月日 _____ 昭和・平成 年 月 日 生

◎ 所属機関 _____

◎ 職 種 _____

◎ 診療科 _____
※医師のみ (具体的に御記入ください。) 例：内科(循環器科)、外科(呼吸器科)

◎ 現職名 _____

◎ 医師免許取得年月日 _____ 昭和・平成 年 月 日

◎ 臨床研修 ☐ 修了している ☐ 修了していない◎ 連絡先(勤務先) 住 所 _____
電話番号 _____
ファクシミリ _____
Eメール _____

(注) 1. 同一機関から複数人数を応募する場合は、推薦順位を記入してください。

2. 提出締切日：令和5年11月2日(木)

3. 提出先：徳島県医療政策課地域医療・医師確保担当

4. 申込内容等について、確認のため連絡する場合があります。

推薦順位

位