

参加申込書

《 初期研修 ・ 基本研修 ・ 応用研修 》

施設名	〇〇病院
-----	------

〈連絡代表者〉

氏名	□□ □□
電話番号	0000-00-0000
E-Mail	000000 @ 000

参加者や研修担当者など

〈参加者〉

(フリガナ) 氏名	(フリガナ) ●● ●●	第1希望: 5/9 第2希望: 5/20
(フリガナ) 氏名	(フリガナ) ◎◎ ◎◎	第1希望: 5/20 第2希望: 5/21
(フリガナ) 氏名	()	第1希望: 第2希望:
(フリガナ) 氏名	()	第1希望: 第2希望:

希望研修日を第2希望までご指定ください

〈お支払いについて〉

受講費支払い (いずれかに○)	私費(個人負担) ・ 公費(所属負担)
請求書宛名	〇〇 〇〇 ※ご入金される際の名義をご記入ください
請求書送付先	住所 〒000-0000 島根県〇〇市 00 町 00-00 〇〇病院 氏名 △△ △△

備考

FAX、E-mail でお申込みください

連絡先: 島根大学医学部附属病院クリニカルスキルアップセンター

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1

電話 0853 (20) 2551 FAX 0853 (20) 2601

E-mail skill-up@med.shimane-ac.jp