

参加申込書

施設名	
-----	--

〈連絡代表者〉

氏名	
電話番号	
E-Mail	

参加者のうちの代表者や研修担当者など

〈参加者〉

(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(所属施設負担)
請求書宛名	
請求書送付先	住所 〒 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臨床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