

参加申込書

送信先:FAX 048-776-3187

年 月 日

| | |
|---------------------------------------|---|
| (ふりがな) | |
| 所属施設名 | |
| 所在地 | 〒 |
| (ふりがな) | (<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性) |
| お名前 | |
| 所属・役職名 | |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 連絡先 | 携帯電話番号 FAX e-mail |
| 医師免許 取得年月 | 昭和・平成 年 月 |
| 専攻科名 | 科 |
| 臨床経験年数 | 年 |
| 指導医講習会 受講経験 | <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合講習会名 () <input type="checkbox"/> 無 |
| 研修医を指導する立場の 医師としての経験年数 | 大学病院における経験年数 () 年 |
| | 臨床研修指定病院における経験年数 () 年 |
| 宿泊部屋の希望 | 喫煙室 禁煙室 |
| | 受講が決定した場合、宿泊部屋の手配において、喫煙及び禁煙室の調整をさせていただきます。 ただし、宿泊施設の都合上、必ずしもご希望に添えない場合がございます。 |
| 連絡先 ※書類などの郵送先 ※本人以外に窓口を設ける場合に記入 | 部署及び担当者名 |
| | (電話番号) (FAX番号) |
| | e-mail |

- ①お申込者の個人情報は、本講習会の実施に関する目的にのみ使用し、本講習会後には破棄致します。
- ②本申込書、事前アンケートの受理後、「参加申込書受理通知書」をFAX致します。
- ③応募者多数の場合や同一医療機関から複数人の応募の場合は、診療科や年齢等のバランスを考慮して選考させて頂く場合がございます。
- ④募集人数に到達しましたら応募を締め切らせて頂きますのでご了承ください。
【本申込書と事前アンケートのご提出をいただき、正規の受付となります。】

◎申込書送付先・問合せ先

上尾中央総合病院 組織管理課

TEL : 048-773-1111

FAX : 048-776-3187