

参加申込書

送信先: workshop@ach.or.jp (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(西暦)	年	月	日 (歳)
連絡先	電話番号	—	—
	携帯電話	—	—
	e-mail		
医師免許 取得年月	(西暦)	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	<input type="checkbox"/> 喫煙室 <input type="checkbox"/> 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、本講習会の実施に関する目的にのみ使用します。
- 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」をメールにてお送り致します。
- 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選考させていただきます。
- ④募集人数に達した場合には、期日前に応募を締め切る可能性がございます。

【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 MAIL : workshop@ach.or.jp