

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)	(☐ 男性 ☐ 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	☐ 有 「有」の場合講習会名 (☐ 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		
宿泊の希望	☐ 希望する ☐ 希望しない		
	希望の方は土曜日のみ当方でホテルを予約いたします。数に限りがございますので、ご希望に添えない場合がございます。禁煙・喫煙はご希望に添えませんのでご了承ください。		
	また、宿泊費として参加費とは別に該当ホテルの料金に準じた費用をいただきます。		
	宿泊ホテル: 上尾東武ホテル(https://www.tobufoods.co.jp/ageo-tobuhotel/)		
食事の提供(有の場合は)	☐ アレルギー有(該当食物:) ☐ アレルギー無		
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て選考させて頂く場合がございます。

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をご提出いただき、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