

出雲医師会 行 (FAX:22-8018)

申込〆切 日本医師会館での受講：4月 9日(木)
島根県医師会館での受講：5月13日(水)

受 講 者 名 簿

日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会
(令和2年5月24日開催)

医療機関名

	医籍登録番号	氏 名	フリガナ	所属医療機関	生年月日 (yyyy/mm/dd)	昼食希望 (該当に○を付けて ください)
1						要 ・ 不要
2						要 ・ 不要
3						要 ・ 不要
4						要 ・ 不要
5						要 ・ 不要
6						要 ・ 不要
7						要 ・ 不要
8						要 ・ 不要
9						要 ・ 不要
10						要 ・ 不要

※記入欄が不足の場合は、コピーしてご利用ください

※昼食を希望される方は、当日1,000円を徴収されます。(島根県医師会館での受講の場合)