第2２回福岡県医師会「卒後臨床研修指導医ワークショップ」

|  |
| --- |
| （全てに必ずご記入ください） |
| ふりがな  氏　　名：  所　　属：  役　　職：  診療科目：  医籍登録番号：  生年月日（西暦）・年齢：　　　　　年　　　月　　　日　　（　　　　歳）  勤務先が臨床研修指定病院で【　ある　・　ない　】（○で囲んでください）  連絡先住所：〒  TEL　　（　　　　）　　　－  FAX　　（　　　　）　　　－  Mail  参加者の医師会入会状況：【　会員　・　非会員　】（○で囲んでください）  受講理由：□臨床研修制度における指導医要件  □学会専門医制度における指導医の認定・更新  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※参加申込が複数の場合は本用紙をコピーして使用し、優先順位をご記入ください。

【優先順位記入欄：　　　】