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：　　　】