

セコメディック病院主催

第2回 臨床研修指導医ワークショップ

参加申込書

年 月 日

●参加者

フリガナ			
参加者名			
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
医師免許取得年月日	西暦	年	月 日
役職名・診療科目			
臨床経験年数	年		
携帯電話番号 (緊急連絡先)			※必須 講習会期間中に、参加者ご本人につながる連絡先をご記入ください。
メールアドレス			

●勤務先

施設名			
所在地			
電話			
当講習会の申込担当者 (事務担当者)	(部署名)	(氏名)	(メールアドレス)

【個人情報の取り扱い】

- お申込みいただいた個人情報については本講習会の運営のみに利用します。
- 厚生労働省への修了報告書の作成に当たり、厚生労働省から求められている個人情報を使用させていただきます。
- 本講習会では、個人情報の流出等がないように配慮して実施しておりますが、本講習会内部では氏名・顔写真・その他、個人情報の一部を公開し、ワークショップに使用させて頂くことがあります。
- 参加の申込をもって、上記(1)～(3)に同意頂いたものといたします。

(申込先)
セコメディック病院
総務課 西尾
clark@secomedic.gr.jp
FAX:047-457-9901

(締め切り) 12月29日(木)