平成３１年度山梨県専門医研修プログラム及び

初期臨床研修医プログラム説明会参加者申込書

　　　　　　　　　　記入日：平成30年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏 名 |  |
| 所属 | 病院 |
| 研修医 | 1年目・2年目 | ※いずれかに○をしてください |
| 医学部生 | 4年生・5年生・6年生 |
| TEL |  |
| Eメール |  |

**お問い合わせ先**

山梨県地域医療支援センター

 Tel：055-273-1207 Fax：055-273-8296

　　E-mail：doctor-yamanashi@yamanashi.ac.jp