山梨県地域医療支援センター行（山梨大学医学部附属病院）　**(　Fax：055-273-8296　)**

ホームページより

別紙2

第１３回山梨県臨床研修指導医ワークショップ　参加申込書

開催日：　平成３０年１１月１７日（土）～１８日（日）

【 記入日 ：　　　　月　　　　日 】

**申込み期限：10月11日（木）**

【 病院名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】

【 記入者　：（氏名）　　　　　　　　　　　（所属）　 　　　　　　　　 】

【 電話番号： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 参加希望者氏名 | ふりがな | 診療科名 | 職　名 | 臨床年数 |
| 1 |  |  | 科 |  | 年 |
| 2 |  |  | 科 |  | 年 |
| 3 |  |  | 科 |  | 年 |
| 4 |  |  | 科 |  | 年 |
| 5 |  |  | 科 |  | 年 |
| 6 |  |  | 科 |  | 年 |