

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 ）

**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 】

【 病院名 : \_\_\_\_\_ 】

【 記入者 : (氏名) \_\_\_\_\_ (所属) \_\_\_\_\_ 】

【 電話番号 : \_\_\_\_\_ 】

申込み期限：10月11日（木）

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