第１７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：　令和４年１２月３日（土）～４日（日）

【 記入日 ：　　　　月　　　　日 】

【 病院名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】

**期　限：11月1日（火）**

**FAX：055-273-7108**

【 記入者　：（氏名）　　　　　　　　　　　（所属）　 　　　　　　　　 】

【 電話番号： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 参加希望者氏名 | よみがな | 診療科名 | 職　名 | 臨床年数（1年未満切り捨て） |
| 1 |  |  | 科 |  | 年 |
| 2 |  |  | 科 |  | 年 |
| 3 |  |  | 科 |  | 年 |
| 4 |  |  | 科 |  | 年 |
| 5 |  |  | 科 |  | 年 |
| 6 |  |  | 科 |  | 年 |