一般社団法人しまね地域医療支援センター 事務局　宛

（E-mail:smc@allshimane.jp）　※添書不要です

**令和７年度島根県臨床研修指導医講習会　　申込書とりまとめ表**

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名 |  |
| ご担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

＜受講希望者一覧表＞　氏名（ふりがな）は修了証書に記載しますので、正確に記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先  順位 | （ふりがな）  氏　　名 | 職　名 | 専門診療科 | 備　考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

　※参加者の申込書【別紙２－２】をPDFデータで添付してください。

　　※この表の欄が不足する場合は、適宜追加してご記入ください。