令和５年度福井大学病院　卒後臨床研修指導医講習会申込書

|  |
| --- |
| ふりがな  １．応募者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（男・女）  ２．生年月日　　　　　昭和・平成　　　　年　　　月　　　日  ３．医師免取得年月　　昭和・平成　　　　年　　　月  ４．所属機関  ５．所属部署  ６．職　　名  ７．専門領域  　　　　　　　　　 　例：内科（循環器），外科（呼吸器）  ８．Eメールアドレス  ９．指導経験　　研修医　　あり（　　年）　　なし  　　　　　　　　　医学生　　あり（　　年）　　なし  10．その他（質問等ご記入ください） |

* 間違いがないようにご記入ください。

受講希望の方は、１０月２日(月)までにＦＡＸまたはメールで下記担当者まで

送付願います。なお、応募者多数の場合は受講者数の調整をさせていただくことが

ございますので、予めご了承願います。

|  |
| --- |
| ［福井大学医学部附属病院 臨床教育研修センター］  　病院部総務課研修担当　　大久保、小島、明石  　　〒910-1193　福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3  　　ＴＥＬ：0776－61－8600（直通）内線3113，3809  　　ＦＡＸ：0776－61－8224  　E-mail:sotsugo@med.u-fukui.ac.jp |