

FAX 送信先：大分県立病院 教育研修センター 行

FAX：097-546-0725

※各開催日の前日までにお申し込みくださるようお願いいたします。

県立病院医療倫理研修会申込書

開催日：①令和2年1月30日（木）17：30～19：00

場 所：大分県立病院 3階 講堂

【ビデオ講習会】

2月6日（木）②10：00～

2月7日（金）③10：00～

申込内容

	所属	役職	氏名	受講する回
例	大分県立病院 消化器内科	主任医師	県病 太郎	①
1				
2				
3				

代表者連絡先：_____

※必ずご確認ください※

- ・必ず事前申込をお願いいたします。
- ・申込人数により、受講をお断りする可能性がございます。何卒御了承ください。
- ・【対象：医師】本研修会は日本専門医機構認定講習会です。
受講証明書が必要な場合は事前にお知らせください。

<問い合わせ先>

大分県立病院 教育研修センター

担当 厚田 利恵

TEL 097-546-7454

FAX 097-546-0725