別紙２

第14回 北海道大学病院 指導医のための教育ワークショップ　申込書

　病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　担当者所属・役職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　ＦＡＸ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail

　第１４回北海道大学病院指導医のための教育ワークショップ（H29.10.21、H29.10.28）へ下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 順位 | 所属  診療科 | 氏名（ふりがな） | 役　職 | 性別 | 年齢 | 臨床経験年数 | 昼食（弁当） | | e-mail |
| 10/21 | 10/28 |
|  |  | （　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | （　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | （　　　　　　　） |  |  |  |  |  |  |  |

※参加希望者が複数の場合は，順位を付してください。

※「昼食（弁当）」欄には，希望の有無について○×をつけて下さい。

|  |
| --- |
| **平成２９年９月１５日（金）までに下記あてに送付してください。**  **北海道大学病院　臨床研修センター　中村　弥生**  **〒060-8648 札幌市北区北14条西5丁目**  **TEL:011-706-7045　　FAX:011-706-7051　　MAIL:sotsugo@med.hokudai.ac.jp** |