

【別紙（ファクス時添書不要です）】

島根県薬事衛生課感染症グループ 白石 あて（FAX：0852-22-6041）

※参加いただける場合は**2月23日（金）までに**FAX願います。

平成 29 年度 医療機関等結核講習会参加申込書

日時：平成 30 年 3 月 11 日（日） 13：15～15：45

場所：島根県職員会館 多目的ホール（松江市内中原町52番地）

医療機関等名称			
所在地			
電話		FAX	
担当者			

【参加者】

所属（科）名	氏名	医籍登録番号*					

*「医籍登録番号」について

島根県医師会生涯教育講座として認定された場合、実施報告に用いますので必ず御記入下さい。

今年度の講習会においては、日本医師会生涯教育制度の改正により「島根県医師生涯教育講座参加証」の配付は致しません。なお、本講習会は「全国医師会研修管理システム」に自動的に登録され、参加者には、単位・カリキュラムコードが付与されます。

講演について御質問、御要望等あれば以下に御記入下さい