

【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 神庭 あて（FAX：0852-22-6041）

※参加いただける場合は**2月22日（金）までに**FAX願います。

平成30年度 医療機関等結核講習会参加申込書

日時：平成31年3月10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への実施報告に用いますので必ず御記入下さい。

本講習会においては、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