

第13回JA長野厚生連研修医教育のためのワークショップ
参加申込書

病院名(正式名称)	
ご担当者	課、氏名:
連絡先	TEL:
	FAX:
	MAIL:

No.	参加者氏名	フリガナ	診療科	役職等	出身校(最終学歴)	医師免許取得後年数	生年月日	性別	携帯番号
(例)	善光寺太郎	ゼンコウジタロウ	循環器内科	医長	〇〇大学	7年目	S40.1.1	男	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

(※申込期限:2024年7月26日(金) 必着のこと)

注1. 内容については、もれなく記載願います。
注2. 氏名等については、指導医講習会修了証書作成の際の元となりますので、
正確に記載をお願いします。

< 申込・お問い合わせ先 >
〒380-0826 長野市大字南長野北石堂町1177-3
長野県厚生農業協同組合連合会
TEL026(236)2305 / FAX026(236)2307
E-Mail toru.shikada@kou.nn-ja.or.jp
事務局:本所人事部人材育成課 畔上、鹿田