専門医共通講習受講申込み

No

**受講者**

：　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　　年（西暦）　　月　　日

　　〒

住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：

所属：　　　　　　　　　　　　　　　　専門領域：　　　　　　　診療科：

専門医番号：　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：　　　　　　　＠

**受講講習会**

講習会名

令和5年度徳島県立中央病院医療安全セミナー

登録番号　　XXXX**-230705-1-131-36-01**

開催年月日　　　2023　年（西暦）　7　月　5　日

開始時間・終了時間　　　17　時　30　分　～　　18　時　30　分

開催場所　　　　徳島県立中央病院本館３階講堂

施設区分　　徳島県立中央病院

カテゴリー区分・単位数　　区分：　医療安全　　　　　単位数：　1　単位

注：必要事項をご記入の上、下記メールアドレスまでお申込みください

（申込期限：令和5年7月3日（月）

【お問合わせ　お申込み先】

徳島県立中央病院事務局総務担当　仁木

E-mail:　[kenshu@tph.gr.jp](mailto:kenshu@tph.gr.jp)　　　　　　TEL：088-631-7151

※こちらから受領確認メールを送らせていただきます。前日までに受領確認メールが届かない場合は、お手数ですがお電話にてお問い合わせください。