専門医共通講習受講申込（徳島県立中央病院　医学教育センター）

No

**受講者**

＊氏名：

＊生年月日：　　　　年（西暦）　　月　　　日

＊所属機関・施設名：

＊連絡先電話番号：　　　　　　　　　＊E-mail：　　　　　　　　　＠

＊専門領域名：　　　　　　　　　　　専門医番号：

（＊は必須記入項目）

**受講講習会**

講習会名・講習会演題名

医学教育研修「　虐待の見分け方－法医学的な視点から－」

登録番号　 XXXX-250131-1-431-36-01

開催年月日　 　 2025年（西暦）1月31日（金）

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　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：医療倫理　　　単位数：　1　単位

注：①こちらの用紙に必要事項を記入の上、メールにてお申し込みください。

　　　　②当日、講習会受付け時に申し出てください。

　　　　③途中入退出された場合、受講証明書の発行はできません。