

平成 年度 滋賀医科大学医学部附属病院
受講申請書

平成 年 月 日

滋賀医科大学
医学部附属病院長 殿

申込者氏名 _____

私は、下記の専門医共通講習を受講したいので、申請いたします。

記

下記のいずれかを選択してください。

希望受講日時	受講内容
<input type="checkbox"/> 月 日() 時 分～	医療安全講習会
<input type="checkbox"/> 月 日() 時 分～	感染対策講習会
<input type="checkbox"/> 月 日() 時 分～	医療倫理講習会

※受講の際は、講習会開始までに入室し、講習会修了時まで退室できません。遅刻および途中退室した場合は受講証明書の交付は致しません。ご注意ください。