

## 平成 29 年度 滋賀医科大学医学部附属病院

## 受講証明書交付願

平成 年 月 日

滋賀医科大学

医学部附属病院長 殿

私はこの度、貴学医学部附属病院で開講された下記の専門医共通講習を受講しましたので、受講証明書の交付方お願いいたします。

ふりがな			
氏 名	(印)		
お送り先 (学外の方) 所属部署 (学内の方)	ご住所・ 病院名 (学外者用)	〒(        -        )	
	所属部署名 (学内者用)	講座	
	電話番号	TEL            -            - 携帯電話       -            -	お問い合わせ の際、使用
	E - m a i l	@	
専門領域 所属学会	(                    )専門領域 または (                    )学会 学会専門医番号 _____		
講 習 会	受講日時	平成 29 年 12 月 7 日(木) 18時00分～19時00分	
	講師名	滋賀医科大学臨床研究開発センター長 久津見 弘教授	
	講習会名	<input type="checkbox"/> 医療安全講習会 <input type="checkbox"/> 感染対策講習会 <input checked="" type="checkbox"/> 医療倫理講習会	
	講習演題	「診療と臨床研究～臨床研究に求められる倫理と規制を理解し、診療と研究が区分できる医師になる」	

※受講証明書の再発行は致しません。大切に保管してください。