事業名：地域で活躍するForensic Generalist, Specialist の育成

インテンシブコース申込書

【申込書送付先】　gp2021@belle.shiga-med.ac.jp　　【締切】　令和７年9月1２日（金）

令和７年　　　月　　　日申込

|  |
| --- |
|  ： |
| 御所属 ： |
| 卒業年 ： | 専門分野： |
| 連絡先 ：1. メールアドレス：

（開催通知等、各種ご案内させていただくためのメールアドレス）1. 住所：（〒　　-　　　）

（修了された先生方に修了証及びバッジを郵送させていただくための住所）1. 携帯電話番号：

（Web環境の不具合など不測の事態の際に連絡できる電話番号） |
| 保有資格 ：医師　　・　　歯科医師　　　　（いずれかを〇で囲む） |
| 医師、歯科医師以外にお持ちの代表的な資格 （例：日本口腔外科学会認定医 など） |
| 実習希望大学 （いずれかを〇で囲む）滋賀医科大学　　・　　京都府立医科大学　　・　　大阪医科薬科大学　曜日、時間帯等について、希望がありましたら記載ください。　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 先生が当該プログラムを修了されたことについて、1. 関係機関（警察、県など）と情報を共有することを許可（　する　・　しない　）
2. 本プログラムのHPで公開することを許可（　する　・　しない　）

いずれかを〇で囲んでください。※先生方には地域でご活躍いただきたいと存じますので、可能な限りご了承いただきたくお願い致します。なお、直ちに関係機関からの依頼につながるものではございません。 |