

「令和 7 年度 臨床研修医のための専門研修プログラム説明会」
参加申込書

病 院 名 :

記 入 者 氏 名 :

連 絡 先 (TEL) :

メ ー ル ア ド レ ス :

【参加者氏名等】

参加者氏名	研修年（どちらかに○）
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目
	1 年 目 ・ 2 年 目

回答期限： 令和 7 年 8 月 2 9 日（金）

E-mail：kyoukai@shiga-hosp-a.or.jp