福井県専門研修プログラム合同説明会　参加申込書

開催日　令和７年７月１２日（土）１３時～１５時３０分

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  |
| 病院名　もしくは年次（大学名・学年） |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 連絡先（mail） |  |
| 参加方法 | 現地参加　・　WEB参加　　　　どちらかに〇をしてください |
| ＷＥＢ参加の方のみ | お話を聞きたい医療機関・領域等を記入ください（複数記入可）〇　　　　　　　　　　〇　　　　　　　　　　〇　　　　　　　　　　〇　　　　　　　　　　※記入以外の医療機関・領域への参加を妨げるものではありません参加予定時間（目安で大丈夫です）　　　　時　　分頃 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　上記**全てご記入**ください

＜ＷＥＢ参加の皆様＞

　　〇当日はTeamsを使用する予定です

　　〇『福井県地域医療課』のＨＰに、参加用URLを公開します

　　　※医療機関・診療科によっては、ＷＥＢ説明会を実施しない場合が

ございますので予めご了承ください。