|  |
| --- |
| **愛知県肝炎診療従事者・肝炎専門医療従事者研修会****（兼 肝疾患診療連携拠点病院・専門医療機関等連絡協議会）****参加申込書** |
|  | **愛知医科大学病院****病院管理課　肝疾患担当　小栗　行き****ＦＡＸ　：　0561-63-3208（または　E-mail：** **xjr32@aichi-med-u.ac.jp****）**　 |
|  | 　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込代表者様　　　　　　　　　　ご所属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 |
| 　　 |  |  | 　　　　　 |
| 所　属 | 職 種 | 氏　　名 | 備　考（該当するものに○をつけてください。） |
|  |  |  | 肝臓専門医消化器病専門医その他（行政等） |
|  |  |  | 肝臓専門医消化器病専門医その他（行政等） |
|  |  |  | 肝臓専門医消化器病専門医その他（行政等） |
|  |  |  |  | 肝臓専門医消化器病専門医その他（行政等） |  |
|  |  |  |  | 肝臓専門医消化器病専門医その他（行政等） |  |
| **申込期限　：　令和２年３月16日（月）　までに上記連絡先まで、ご提出ください。****【備 考】****講習会日時　　令和２年３月22日（日）　14時から16時10分まで****開催場所　　　ウィンクあいち1301会議室（13階）****（〒450-0002　愛知県名古屋市中村区名駅４丁目４－38）** |

**別紙様式**