

# ESD実習セミナー 参加申込票

- ① 日時：平成26年 2月17日（月） 18:00～20:00
- ② 場所：秋田大学医学部附属病院  
シミュレーション教育センター2階 基本手技ラボ
- ③ 申込先：秋田大学医学部附属病院医師キャリア形成支援センター  
Fax番号 018-884-6454
- ④ 締切：平成26年2月10日（月）

医療機関名： \_\_\_\_\_

	申込者氏名	所 属		連 絡 先
1	フリガナ	診療科名		TEL
	氏 名	職名	臨床経験年数 年目	E-mail
2	フリガナ	診療科名		TEL
	氏 名	職名	臨床経験年数 年目	E-mail
3	フリガナ	診療科名		TEL
	氏 名	職名	臨床経験年数 年目	E-mail

※ 参加申込者が多数いる場合は、お手数ですが複写してお取りまとめください。

## 【本件に関する連絡担当者】

お名前： \_\_\_\_\_ (所属： \_\_\_\_\_)

連絡先 お電話番号： \_\_\_\_\_

[問合せ・提出先]

秋田大学医学部附属病院医師キャリア形成支援センター  
TEL：018-884-6266、FAX：018-884-6454  
E-mail：career@hos.akita-u.ac.jp