

医学生のための
将来、何科に進んでも大切な主要症状に対する
臨床推論パワーアップ実践セミナー

【 参加申込書 】

■ 申込締切 ** 平成28年10月14日（金）

1	(ふりがな)	()	性 別
	氏 名		男 ・ 女
2	住 所	(〒 —)	
3	連絡先	■ 携帯電話	
		■ E-mail	
4	大学名	大学 (年)	
5	セミナーに 期待すること		
	備考	※当日の会場までの送迎や病院見学希望の場合は記入ください。	



【 申 込 み 方 法 】

①FAXで申込む

FAX : 018-860-3883

担当：秋田県医務薬事課医師確保対策室 藤垣（秋田県臨床研修協議会事務局）

②E-mailで申込む

上記申込み内容（1～5まで）を箇条書きの上、送信してください。

E-mail : fujigaki-shuto@mail2.pref.akita.jp

担当：秋田県医務薬事課医師確保対策室 藤垣（秋田県臨床研修協議会事務局）