**送信先：函館五稜郭病院　経営企画課**

FAX：**0138-56-2695** または E-mail：**gby-kikaku@gobyou.com**

日本専門医機構

認定共通講習

**函館五稜郭病院　第３５回キャンサーボード**

**開催日：2019年4月16日（火） 18：00～**

**申し込み締め切り：2019年4月9日（火）**

|  |  |
| --- | --- |
| **ご施設名** |  |
| **参加者ご氏名** | **所属・部署名** | **職 種** | **【医師のみ】　単位認定について** |
| **単位希望** | **①専門領域****②専門医番号** |
| 1 | フリガナ |  |  | 有 ・ 無 | ➀② |
| ２ |  |  |  | 有 ・ 無 | ➀② |
| ３ |  |  |  | 有 ・ 無 | ➀② |
| ４ |  |  |  | 有 ・ 無 | ➀② |
| ５ |  |  |  | 有 ・ 無 | ➀② |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申し込みご担当者様連絡先 | 氏名： | 所属： |
| 電話： | ＦＡＸ： |
| E-mail： |