|  |
| --- |
| **2023** |
|

|  |
| --- |
| 大学記入欄 |
|  |
|

地域医療を支える四国病院経営プログラム

受講申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性別 | 男　・　女 |
| 氏名 |  | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　　年　　 　　　月　　　　　日　生 | | | 年齢 | 歳 |
| 連絡先 | （〒　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| どちらかに○ 電話番号　（自宅 ・ 携帯） |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| 所属施設名 |  | | | | |
| 施設所在地 | （〒　　　　　　　　　　　　） | | | | |
|
| どちらかに○ 電話番号　（代表 ・ 直通） |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| 職種 | 医師　・　歯科医師　・　看護師　・　薬剤師　・　事務 | | （その職種での） 経験年数 | | 年 |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | |
| 所属診療科 所属部署 |  | | | | |
| 役職 |  | | （その施設での） 勤務年数 | | 年 |
| 希望連絡先 | （どちらかに☑）　　　　　　　　　　　　　□自宅　・　携帯　　　　　　　　　　 　　□　勤務先 | | | | |
| 結果通知 希望送付先 | （どちらかに☑）　　　　　　　　　　　　□現住所　　　　　　　　　　　　　　　　　□　勤務先 | | | | |

|  |
| --- |
| 振替払込請求書兼受領証の写し　貼付欄 |
|
|
|
|

※横向きに貼付のこと

※原本は本人保管