|  |
| --- |
| **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