

集合研修開催日 2026年10月4日（日）開催

受講申込書

(※ E-learning修了証書を必ず添付してください)

北信総合病院 地域医療連携課 行き

FAX : 0269-22-2812

E-mail : chiiki.hokushin@kou.nn-ja.or.jp

下記の項目をご記入いただき、FAXまたはE-mailにてお送り下さい。

氏名	フリガナ	性別	男 ・ 女
	※修了証書の氏名となりますので、楷書で読み易く記入ください		年齢 歳
	生年月日（西暦） 年 月 日生		
	医籍登録番号 第 号 （※医師・歯科医師は、 必ず記入してください）		
	臨床経験 年		
所属機関 （連絡先）	〒		
	住所：		
	医療機関名：		
	職種		所属科：
	電話番号		FAX
	緊急連絡先Tel		
	※当日連絡がつく電話番号をお願いします。（携帯電話など）		
	E-Mailアドレス（お持ちの方は連絡のため必ず記入してください） @		
研修会終了後、厚生労働省のHP等への氏名及び所属の公開について			
※医師・歯科医師の方のみご記入ください。			
同意する ・ 同意しない			

※ 申込締切：2026年9月11日（金）

※ お申し込みされた方には、「受講のご案内」をFAXまたはE-mailにてお送りいたします。

申込み後、10日過ぎてもご案内が届かない場合には、お手数ですが事務局までご連絡願います。

【お問い合わせ先】北信総合病院 地域医療連携課

TEL : 0269-23-2160 (直通)