



①登録医療機関の基本情報

フリガナ:

1)医療機関名:

2)住所:

3)電話番号:

氏:

名:

フリガナ:

4)連絡窓口責任者氏名:

5)メールアドレス:

6)責任者の直通番号:

FAX番号:

②希望する企画内容

該当する項目に✓(チェック)または詳細をご記入下さい。

1)専門領域:

2)講演と質疑(2時間):

英語 日本語

3)症例検討(2時間):

英語 日本語

4)教育回診(2時間):

英語 日本語

5)その他(具体的に記載):

英語 日本語