

島根県医師会 業務課 (担当: 秦) 行 (FAX: 0852-26-5509 / E-MAIL: hata@ns.shimane.med.or.jp)

【申込締切 7月20日(金)】

## 受講予定者名簿

平成30年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会

【日時: 平成30年8月26日(日) 9:55~17:30 場所: 島根県医師会館 (日医テレビ会議システム中継先)】

郡市医師会名:

	医籍登録番号	氏名	フリガナ	所属医療機関	生年月日 (yyyy/mm/dd)	昼食希望 (該当に○を付けて ください)
1						要・不要
2						要・不要
3						要・不要
4						要・不要
5						要・不要
6						要・不要
7						要・不要
8						要・不要
9						要・不要
10						要・不要

※昼食を希望される方は、当日1,000円徴収させていただきます。