（様式　５）

主催者→島根県医師会

出　席　者　名　簿

認定番号　００－０００

氏　　名	**医籍登録番号** （必ずご記入下さい）	所属郡市医師会名 （非会員の場合は所属医療機関名及び住所）
島　根　太　郎	０１２３４５	○　○　医　師　会
島　根　花　子		△　△　病　院
松　江　一　郎	０１１１１１	○　△　医　師　会
出　雲　次　郎	２２２２２	×　×　医　師　会

県医師会、各郡市医師会の窓口にある、医籍登録番号一覧にて医籍登録番号を記入してください。

島根県医師会員以外は「空欄」で結構です。