

島根県医師会行（FAX:0852-26-5509）

令和7年度島根県医師会医療従事者研修会・医療安全講習会
参加申込書

【令和7年12月14日(日)開催】

1. 郡市医師会：_____

2. 医療機関名：_____

3. 受講証明書 必 要 ・ 不 要

4. 会 場 （出席会場に○印を付けて下さい。）

- ☐ 島根県医師会館 ☐ 出雲医師会館
☐ 大田市医師会館 ☐ 浜田市医師会館
☐ 益田地域医療センター医師会病院
☐ 隠岐病院 ☐ 隠岐島前病院

5. 出席者名簿

出席者氏名	職 種
	医師・看護師・事務 その他（ ）
	医師・看護師・事務 その他（ ）
	医師・看護師・事務 その他（ ）
	医師・看護師・事務 その他（ ）
	医師・看護師・事務 その他（ ）

※用紙が足りない場合はコピーしてお使い下さい。