**奈良県総合医療センター**

**専門医プログラム説明会　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 初期研修病院 |  |
| ご連絡先メールアドレス |  |
| ご希望日程 | ①９／２　17:30～　　④９／３　17:30～  ②９／２　18:00～　　⑤９／３　18:00～  ③９／２　18:30～　　⑥９／３　18:30～ |
| 専門医研修を希望する診療科 |  |
| 備　　考 |  |

※ご希望の日程の箇所を○で囲んでください。（複数選択可）