

共通講習(医療倫理)受講申込書

連携病院用

日時:令和2年2月18日(火)

会場:医学部創立40周年記念講堂

テーマ:「令和元年度 医療倫理に関する講演会—医療に求められる倫理—」

(病院名:)

所属・職名	氏名	ふりがな	生年月日 (西暦)	基本領域名	基本領域 専門医番号

※専門研修中の医師は基本領域名のみ記入し、専門医番号は空欄で結構です。

【返送先】

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

愛媛大学医学部附属病院

総務課臨床研修チーム

五貫・佐伯

TEL: 089-960-5098

FAX: 089-960-5759

E-mail: rinkens@stu.ehime-u.ac.jp