

第16回(平成30年度)神奈川県立子ども医療センター小児科セミナー

申し込み用紙

(フリガナ)

氏名

生年月日 ()年()月()日

所属施設名

所属科 科

住所

〒

連絡できる電話番号

FAX

メールアドレス

受理確認の返信を行いますので、必ず記載下さい。

卒業大学・卒業年度 ()大学()学部

()年3月卒業

【アンケート】 はい・いいえ等どちらかを消す形で回答をお願いします。(ズレ防止の為)

- ・ 今まで本小児科セミナーに参加したことがありますか? 【はい・いいえ】
- ・ 経験年数は? 【初期研修1年目・2年目・後期研修1年目・2年目・それ以上】
- ・ 小児科後期研修の説明会参加を希望されますか? 【はい・いいえ】
- ・ 病院見学を希望されますか? 【はい・いいえ】
- ・ ICU見学を希望されますか? 【はい・いいえ】
- ・ クリーン病棟見学を希望されますか? 【はい・いいえ】
- ・ 小児科専攻医採用試験の過去問題集を当日希望しますか? 【はい・いいえ】
- ・ 懇親会に参加されますか? 【はい・いいえ】
- ・ セミナー参加の希望事項やご意見があれば下記に記載ください。

神奈川県立子ども医療センター 〒232-8555 横浜市南区六ツ川 2-138-4

事務局: 地域医療連携室 佐々木 電話 045-711-2351 (内線 5226)

E-mail: sasaki.15011@kanagawa-pho.jp

必要事項を記載し E-mail でお申し込みください。

8月31日(金)締め切り 定員となり次第募集は終了となります。