（別紙）

FAX　088-633-9543　／ E-mail:t-cmsc@tokushima-u.ac.jp

徳島県地域医療支援センター　行

　**※**　**提出期限　平成３０年１１月５日（月）**

**第４回地域枠医師のキャリア形成ワークショップ及び交流会**

**参加申込書**

**【ワークショップ】**

**※ 御出席または御欠席のいずれかに「 ○ 」を付け、氏名等ご記載ください。**

　**御　出　席　　　　・　　　　御　欠　席**

**氏　　 名**：

**学　　　年：　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ・ ６ 年次**

 **修学資金貸与：　 □地域特別枠（貸与有り）　 □地域枠（貸与無し）**

**の有無**

**【交 流 会】　※ 御出席・御欠席のいずれかに「 ○ 」を付けてください。**

**御　出　席　　　　・　　　　御　欠　席**

***＜提出先＞***

　　　　　　　 　**徳島県地域医療支援センター　山上・阿部・米倉**

Tel： 088-633-9544 （内線6116/9976）

Fax： 088-633-9543

E-mail： t-cmsc@tokushima-u.ac.jp