

沖縄県医師会業務 1 課（東恩納、新垣）行き

FAX : 098-888-0089

受講証申請書

心不全地域連携研修会の受講証を希望いたします。

研修会名	心不全地域連携研修会(WEB 研修会)
開催日	令和 年 月 日()
ふりがな	
氏名	
職種	
所属機関名	
受講証送付先住所	〒
電話番号	
E-mail	

※個人情報等の取扱いについて、データの取扱いについては万全を期します。

※研修会すべてのテーマを受講した者で「受講証申請書」を提出された方(医師、看護師、
コメディカル)に沖縄県知事・沖縄県医師会長の連名で受講証を発行します。発行手数料なし。
※事務局で受講状況を確認し発行させていただきます。