

【 入力例 】

研修申し込みフォーム

研修の参加申し込みを受け付けております。

研修名等の必要事項をご記入いただき、「入力内容の確認画面へ」を押してください。

研修名 [必須]

Jointセミナー

氏名 [必須]

長野 研修太郎

フリガナ [必須]

ナガノ ケンシュウタロウ

所属 [必須]

〇〇大学

※所属する病院・大学名を記入

職種 [必須]

医学生

※学生は「医学生」「看護学生」等と記入

職名

※学生は記入不要

学年 [学生必須]

5年

※学生のみ記入

連絡先電話番号 [必須]

026

- 246

- 5540

メールアドレス [必須]

honbu-kensyu@pref-nagano-hosp.jp

メールアドレス再入力 [必須]

honbu-kensyu@pref-nagano-hosp.jp

※確認のためメールアドレスを再度入力してください

参加申し込みの動機

参加

他の大学の医学生とも学び合える良い機会のため

質問等はこちらへ

入力してください

入力内容の確認画面へ