

大阪大学未来医療研究人材養成拠点形成事業による超高齢社会を切り拓くリーダー型高度医療人養成
地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業

コース受講申請書【学内用】

申請日 年 月 日

申請コース名 (<input checked="" type="checkbox"/> または■を記入)	<input type="checkbox"/> B：医工連携開発型総合医コース <input type="checkbox"/> C：スーパー在宅医コース <input type="checkbox"/> D：臨床疫学研究型総合医コース <input type="checkbox"/> E：リーダー型総合医コース <input type="checkbox"/> F1：地域密着型総合医コース（総合診療医養成コース） <input type="checkbox"/> F2：地域密着型総合医コース（専門スキルアップコース）
ふりがな	
氏名	
身分 (<input checked="" type="checkbox"/> または■を記入)	<input type="checkbox"/> 医学部生 <input type="checkbox"/> 初期研修医 <input type="checkbox"/> 後期研修医 <input type="checkbox"/> 医師（研修医以降） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
連絡先（所属講座）	所属講座： _____ 電話番号： _____ PHS: _____
連絡先（自宅） ※自宅に連絡を希望される場合	住所：〒 _____ 電話番号： _____
メールアドレス (e-ラーニングID、パスワード連絡用)	
コース開講情報の入手先 (<input checked="" type="checkbox"/> または■を記入)	<input type="checkbox"/> 阪大地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業 HP <input type="checkbox"/> 阪大地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業 Facebook <input type="checkbox"/> 募集パンフレット <input type="checkbox"/> メルマガリスト（具体的に： _____） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）
以下 事務局で記載	受講開始日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 修了日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
備考	

【申請先】 地域に生き世界に伸びる総合診療医養成事業 事務局
メールアドレス： mirai-iryuu@ml.office.osaka-u.ac.jp