

千葉県産科婦人科医学会 研修会 署名簿

実施日 令和 年 月 日

地区名	医療機関	ご芳名	医会	学会カード	
				有	無
印旛	ABC産婦人科	産科 太郎	○	○	
安房	DEF婦人科	産婦 花子			○

「所属地区医師会名」
を記入していただく
※空欄でも可

「医療機関名」「氏名」は必ず
記載していただく

当日の受付対応	
医会研修シール	○医学会カード読込
渡す	カード裏面のバーコードを読込む
渡さない	時間がある時に手動入力を行う (マニュアルP8～) ※本人が記入していない(口頭にて忘れたことを伝えられた時など)場合は、受付担当が○をしておくと後で確認が出来る