様式７

集合研修修了者名簿

都道府県：

集合研修の名称：

開催日　：　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

修了者の人数：　　　　　　　名

医師・歯科医師　　合計　　　名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏　名** | **医籍登録番号1）** | **所　属** | **所属科** | **同意の****可否2）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

１）歯科医師の場合は、歯科医籍登録番号

２）氏名及び所属・所属科を公開することについての本人の同意の可否

医師・歯科医師以外の職種　　合計　　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **修了者番号** | **氏　名** | **所　属** | **職種(国家資格等)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |