

## eラーニング受講のご連絡

〒860-8556

熊本市中央区本荘 1-1-1

熊本大学病院脳神経内科

神経難病診療体制構築事業

特任教授 山下 太郎 殿

下記の者、eラーニングを受講致しましたのでご連絡致します。

小テストは ( ) webにて受験致しました。

( ) 同封しております。

受講回数にカウントして頂きますようお願い致します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

職種 \_\_\_\_\_

受講者氏名 \_\_\_\_\_

受講講演会 令和 年 月 日 開催分

受講日時 令和 年 月 日 時 分 ( ) 開始

( ) 送信

医療機関名 \_\_\_\_\_

責任者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※( )どちらかに○をご記入下さい。