平成　　年　　月　　日

医学教育センター長

Simulation Faculty Development Workshopへの参加について

標記Workshopについて、以下のとおり申し込みいたします。

参加希望者

|  |  |
| --- | --- |
| 教室名又は診療科名 |  |
| 職位 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号（内線） |  |
| E-MAIL |  |
| 志望動機※①これまで教育に携わった経験、②このワークショップ参加を今後の学生教育にどのように生かすか、の2点について記載をお願いします。 |  |

問合せ先

医学教育推進課

医学国際化等担当　石井

045（787）2980　内線 2647

ycumedgl@yokohama-cu.ac.jp