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]	職種	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）