

1. 専門研修プログラム情報

個人情報提供先：基本領域学会、基幹施設、都道府県、厚生労働省

		基本領域学会	基幹施設	都道府県	厚生労働省
プログラム統括責任者	氏名	○	○	○	○
	医籍登録番号	○	○	○	○
	メールアドレス	○	○	×	○
指導医	氏名	○	○	○	○
	医籍登録番号	○	○	○	○
	所属施設名	○	○	○	○
基幹施設	名称	○	○	○	○
	電話番号	○	○	○	○
	担当者氏名	○	○	○	○
	担当者メールアドレス	○	○	○	○