（様式２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**受付番号（事務局使用欄）**

**一般社団法人SHD認証医　出席履歴**

参加した回の参加番号を記入する（参加登録検索で確認すること）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 参加番号 |
| 第5回SHD研修会 |  |
| 第6回SHD研修会 |  |
| 第7回SHD研修会 |  |
| 第8回SHD研修会 |  |
| 第9回SHD研修会 |  |

注）更新資格に必要な受講として認められるのは認証期間中の5年間です。