

FAX 03-5995-7126

東京都医師会・日本大学医師会産業医研修会受講申込書
(日本大学医学部同窓会員用)

受講日(いずれかに○)	3月10日(土)	3月11日(日)	両日
11日(日)の昼食	申込み		申込みない
認定の有無	有・番号()		無
ふりがな 氏名			
自宅住所	〒		
電話・FAX			
卒回	回卒		
所属医師会・非会員の別	都道府県・地区		非会員

- * 選択箇所は、いずれかに○をしてください。
- * 11日(日)は近隣に食事を取る場所がありませんので、事前に昼食(お弁当お茶付1,080円)の申込みをお受けいたします。
- * 受講料 10日(土) 8,000円 / 11日(日) 8,000円
- * 受講確定後、振込先等をお知らせいたします。

受付番号	
------	--