

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
(道府県医師会会員・非会員用)

受講日(いずれかに○)	3月9日(土)	3月10日(日)	両日
10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			
医療機関			
医療機関住所	〒 TEL FAX		
自宅住所	〒 TEL FAX		
受講票送付先	医療機関	自宅	
所属医師会・非会員の別	所属医師会		非会員

* 選択箇所は、いずれかに○をしてください。

* 10日は近隣に食事を取る場所がないため、事前に昼食(お弁当お茶付1,150円)の申込みをお受けいたします。

道府県医師会会員 9日(土) 10,000円 / 10日(日) 10,000円

非会員 9日(土) 11,000円 / 10日(日) 11,000円

* 受講確定後、振込先等をお知らせいたします。

受付番号	
------	--