長野県医師会　三浦　行

FAX 　026-235-6120

日本医師会認定産業医研修会受講申込用紙

日時：平成26年1月25日（土）　午後1時30分

場所：長野市　ホテルメトロポリタン長野

申込日：平成26年1月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 医籍登録番号 |  |
| 長野県医師会会員確認 | 会員　　　・　　　非会員 |
| 所属機関 |  |
| 所在地 |  |
| 連絡先 |  |

お申込みありがとうございます。本申込をもちまして受講予定者登録させていただきます。

受講票等はございませんので、当日受付にてお名前、非会員の先生は受講料（5,000円)をいただきますようお願いいたします。

折り返しFAXにて申込書の受付確認を希望される場合は下記にFAX番号をご記入ください。

FAX番号：