

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 5 月 17 日（土） 午後 1 時 30 分

場所：長野市 長野バスターミナル会館

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	
研修区分	基礎 ・ 生涯

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。

受講票等はありませんので、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： _____