長野県医師会　増田　行

FAX申込先：026-235-6120

メール申込先：hoken@nagano.med.or.jp

日本医師会認定産業医研修会受講申込用紙

日時：令和５年５月１３日（土）　午後2時

場所：松本市　アルピコプラザホテル　３階「ミヤビエ」

本研修会は、長野県医師会会員及び県内医療機関所属の非会員のみ受け付けております。

申込〆切：**4月24日（月）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  | |
| 領収書記載の氏名にご希望がございましたら、こちらにご記入お願いします。 | |
| 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  （FAX番号もしくは  Eメールアドレスを  ご記載いただけますと幸いです。） | 電話番号： | 申込書受信確認  ☐希望する  希望する場合はチェックをお願いします |
| FＡＸ番号： |
| Ｅメール： |
| 研修区分 | 基礎　　　・　　　生涯 | |

**※長野県医師会では全国医師会研修管理システムを利用し受講管理を行っております。登録にあたり医籍登録番号が必須となりますので、お手数ですがご記入をお願いします。**