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７年2月1５日（土）　午後１時３０分

場所：松本市　アルピコプラザホテル

**○申込〆切：2月３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 |  |
| 申込書受信確認　 | 希望する　　　・　　　　希望しない(E-mailもしくはFAX番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　 |

***※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。***

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をお申し出ください。併せて、長野県医師会非会員の先生は受講料（5,000円）を徴収させていただきます。なお、当日はおつりのないようご協力お願いいたします。