

# 第23回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会申込書

開催日 平成30年1月20日(土)

|   |                   |      |                |              |             |                            |
|---|-------------------|------|----------------|--------------|-------------|----------------------------|
| フリガナ  |                   |      |                | 性別           | 1 男         | 2 女                        |
| 氏名  | Ⓜ                 |      |                | 生年月日         | 2 大正        |                            |
|   |                   |      |                |              | 3 昭和        | 年                          |
|   |                   |      |                | 4 平成         |             |                            |
| 所属医師会名  | 都道府県医師会           |      |                | 日本医師会<br>会 員 | 1 会員        | 2 非会員                      |
| 連絡先<br>(1 勤務先か<br>2 自宅のどちらか<br>を選んでご記入<br>下さい。)                 | 1 勤務先             |      | 2 自宅           |              |             |                            |
|   | 電話番号              | 市外局番 |                | ( )          |             |                            |
|   | 郵便番号              |      | -              |              |             |                            |
|   | 都道府県              |      |                |              |             |                            |
| メールアドレス<br>またはFAX<br>(緊急に連絡を<br>差し上げる必要<br>があった場合、使<br>用いたします。) | メールアドレス           |      |                | @            |             |                            |
|   | F A X             |      |                | ( )          |             |                            |
| 医籍登録番号  | 第                 |      |                | 号            | 医籍登録<br>年月日 | 2 大正<br>3 昭和 年 月 日<br>4 平成 |
| 日本医師会認定健康スポーツ医証番号   | 第                 |      |                | 号            | 認定<br>有効期限  | 平成 年 月 日                   |
| 託児所の利用  | 1 希望する 利用人数 ( 名 ) |      | 2 希望しない        |              |             |                            |
|   | お子様の年齢 ( 歳 ヶ月 )   |      | 性別 ( 1 男 2 女 ) |              |             |                            |
| 日本医師会が発行している医師資格証   | 1 持っている           |      | 2 持っていない       |              | 3 申請中       |                            |

- 注・太枠内に必要事項を記入して、日本医師会地域医療第2課（〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16）にご郵送下さい。受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。
- ・本開催日の平成30年1月20日が認定有効期間内にあることを確認の上、お申込ください。
  - ・FAX、電話での受け付けはいたしませんので、ご注意ください。
  - ・氏名、住所等の個人情報は、本研修会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。
  - ・車イス等の対応が必要な場合は、事前にお申し出ください。