第30回健康スポーツ医学講習会申込書

開催日 前期: 平成 29 年 10 月 21 日(土)・22 日(日) 後期: 平成 29 年 11 月 11 日(土)・12 日(日)

フリガナ			性 別	1 男	2女
氏 名			生年月日	2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日
所属医師会名		都道府県医師会	日本医師会会 員	1 会員	2 非会員
受講申込	└ 1 前期・後期とも受講する 2 前期のみ受講する 3 後期のみ受講する				
連絡先 (1勤務先か2自 宅のどちらかを ご記入下さい。)	1 勤務先 2 自宅				
	電話番号 市外局番	()	
※なお、連絡先が 勤務先の場合は、 勤務先名称、所属 までご記入下さい。	郵便番号	-			
	都道府県				
	【※勤務先名称・所属:				1
メールアト゛レス またはFAX (緊急に連絡を	メールアドレス @				
差し上げる必要 があった場合、使 用いたします。)	F A X	()	
医籍登録番号	第	号	医籍登録年 月 日	2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日
都 道 府 県 医師会等の健	1 有(医師会主催の育	前期・後期)		
康スポーツ医学講習会修了証	2 無				
託児所の利用	1希望する 利用人数(名) 利用日 (10/21	· 10/22 · 11	/11 • 11/12	2) 2 希望しない
	お子様の年齢(歳 ケ月)	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。
 - ・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。
 - ・車イス等の対応が必要な場合は、お申し出ください。
 - ・氏名、住所等の個人情報は、本講習会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。