

第24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31年1月19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 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 |
| | | | | | |
| 連絡先 (1 勤務先か 2 自宅のどちらか を選んでご記入 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 またはFAX (緊急に連絡を 差し上げる必要 があった場合、使 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 年月日 | 2 大正 3 昭和 年 月 日 4 平成 |
| 日本医師会認定健康スポーツ医証番号 | 第 | | 号 | 認定 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、日本医師会健康医療第1課(〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16)に郵送下さい。11月末ごろから、払込に関する案内をお送りします。

- ・本開催日の平成31年1月19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。