

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	年 月 日
				3 昭和	
4 平成					
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。