年　　月　　日

　日本医師会 総務課（岸本） 行

　（FAX：03-3946-6295、E-mail：soumu@po.med.or.jp）

 　　　　　　　　　　　　　　　医師会

担当者氏名

第17回男女共同参画フォーラム 参加申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名（ふりがな） | 所属・役職 | 医籍番号(生涯教育制度単位取得希望者のみ) | 旅費支給者(２名に○を付けて下さい) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

＊令和５年４月26日（水）までにお送りください。

＊参加者については名簿を作成し、当日会場で配布します。氏名と所属が掲載されますことを予めご了承ください。

＊人数枠が足りない場合はコピーしてお使いください。