

誠に恐れ入りますが、6月10日（月）までに FAX または e-mail にてお申込み願います。

日本医師会国際課 行
FAX : 03-3946-6295
e-mail : jmaintl@po.med.or.jp

Health Professional Meeting (H20) 2019 参加申込書

お名前（日）	
お名前（英）	
敬称（○をつけてください）	Prof. Dr. Mr. Mrs. Ms.
所属先（日）例：〇〇病院	
所属先（英）例：〇〇Hospital	
所属先での肩書（日）例：院長	
所属先での肩書（英）例：Director	
連絡先電話番号	
連絡先メールアドレス	

◇ご参加いただける会議予定に○をつけてください。

6月13日（木）午後	
6月14日（金）午前	
6月14日（金）午後	

◇（医師の方のみ）日本医師会生涯教育単位の取得を希望される場合は、記入してください。

医籍登録番号	
所属郡市区医師会名	