

平成 30 年度埼玉県医師会産業医研修会 受講申込書

第 1 回：基礎・生涯 7/22（日） 締切り 7 月 6 日（金）

第 2 回：基礎・生涯 9/30（日） 締切り 9 月 14 日（金）

- ・ 受講希望の方は、ファクシミリにてお申し込み下さい。
- ・ 受講料の支払方法はコンビニエンスストアでの払込みでございます。
- ・ 申込書を受付け後、払い込み用紙と受講証を別途郵送致します。申し込み後にキャンセルされる場合には必ずご連絡ください。

産業医研修会受講申込書 ※全項に必ずご記入ください

受講希望日 (参加日にチェック)	<input type="checkbox"/> 第 1 回：基礎・生涯 (7/22 (日)) のみ参加 ( <input type="checkbox"/> 全受講・ <input type="checkbox"/> 一部受講) <input type="checkbox"/> 第 2 回：基礎・生涯 (9/30 (日)) のみ参加 ( <input type="checkbox"/> 全受講・ <input type="checkbox"/> 一部受講) <input type="checkbox"/> 第 1 回及び第 2 回の参加 (1 回 <input type="checkbox"/> 全受講・ <input type="checkbox"/> 一部受講) (2 回 <input type="checkbox"/> 全受講・ <input type="checkbox"/> 一部受講)
認定産業医 資格の有無	<input type="checkbox"/> 認定医 (認定番号： _____ 有効期限：平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未認定
種 別	<input type="checkbox"/> 埼玉県医師会産業医会会員 <input type="checkbox"/> 埼玉県医師会会員 <input type="checkbox"/> その他
フリガナ 参加者氏名	
所属医師会 (都道府県)	医師会
所属医師会 (郡市区)	医師会
所属医療機関名	
所属医療機関 所在地	〒 _____ TEL : _____ ( ) _____ FAX: _____ ( ) _____
書類送付先	〒 _____ TEL : _____ ( ) _____ FAX: _____ ( ) _____

産業医会記入欄(記入しないで下さい)

A

B

C

NO.

—