

第47回産業医学講習会申込書

開催日 平成27年7月18日(土)、19日(日)、20日(月)

フリガナ			性別	1 男	2 女	
氏名	①		生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	年 月 日	
所属医師会名	都道 医師会 府県		日本医師会 会 員	1 会員	2 非会員	
連絡先住所	1 勤務先 2 自宅					
	電話番号	市外局番 ()				
	郵便番号	-				
	都道 府県					
〔1 勤務先か2 自宅のどちらかを選んでご記入下さい。なお、連絡先住所が勤務先の場合勤務先名称、所属まで〔 〕内にご記入下さい。〕						
メールアドレス または F A X	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 4 平成	年 月 日
日本医師会 認定産業医 認定証番号	1 有 2 無					
	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)		利用日 (日)			
	お子様の年齢 (歳 ヶ月)		性別 1 男 2 女			

注意

- 太枠内にはっきり記入して、日本医師会地域医療第2課(〒113-8621 文京区本駒込 2-28-16)に送って下さい。受け付けた方には受講料の払込取扱票をお送りします。
- ファクシミリ、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、自宅住所等の個人情報は、産業医学講習会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。