

第50回産業医学講習会申込書

開催日 平成30年7月14日(土)・15日(日)・16日(月)

フリガナ			性別	1 男	2 女
氏名	Ⓜ		生年月日	2 大正	3 昭和 年 月 日
				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 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 (日間)
	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)にお送り下さい。受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。

- ・ 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、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際は、出来る限りご対応いたしますので、お申し出ください。