

申込用紙(個人用)

(ふりがな)

ご氏名 _____

〒

ご住所 _____

(受講票送付先)

[自宅 ・ 勤務先 ・]

ご連絡先

TEL _____

[自宅 ・ 勤務先 ・]

FAX _____

ご希望の受講コースに必ず○を付けてください

※ コースについては、実施要項をご確認ください。

なお、実地研修の講師を指名することは出来ません。

A ・ B ・ C ・ D ・ E

所属医師会 _____ 医師会

※ 加入されている方は、必ず医師会名ご記入ください。

認定の有無 _____ 有 ・ 無

認定医番号 _____ (有の場合)

【帝京大学医師会事務局】

TEL：03-3964-4019

FAX：03-3964-9342