

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