

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

T E L

[自宅 ・ 勤務先]

F A X

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