

第23回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会申込書

開催日 平成30年1月20日(土)

フリガナ				性別	1 男	2 女
氏名	Ⓜ			生年月日	2 大正	
					3 昭和	年
				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 を選んでご記入 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
日本医師会認定健康スポーツ医証番号	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)		2 希望しない			
	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、日本医師会地域医療第2課（〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16）にご郵送下さい。受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。
- ・本開催日の平成30年1月20日が認定有効期間内にあることを確認の上、お申込ください。
 - ・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、本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場合は、事前にお申し出ください。