

平成27年度 死体検案研修会（上級）  
受講申込書

平成27年 月 日

◇受講を希望する会場について、いずれか **1カ所** に **○** を付けて下さい。

受講会場・定員		日 程
<b>東京</b> ：日本医師会館 (定員：150名)		前期：平成27年10月11日(日)、12日(月・祝) 後期：平成28年1月24日(日)
<b>仙台</b> ： (前期)宮城県医師会仮事務所 (後期)宮城県医師会館 (定員：40名)		前期：平成27年11月7日(土)、8日(日) 後期：平成28年1月31日(日)
<del><b>大阪</b>：大阪府医師会館 (定員：40名)</del>		<del>前期：平成27年12月19日(土)、20日(日) 後期：平成28年2月28日(日)</del> <b>定員に達しました。</b>

フリガナ氏名： \_\_\_\_\_ (※フリガナも必ず記入してください。)

生年月日： (T・S・H) 年 月 日 (※修了証書作成の際、個人の特定のために使用します。)

所属機関： \_\_\_\_\_

(部署名)： \_\_\_\_\_ (役職名)： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

【受講票】の送信先 ※受付け後、数日中に【受講票】を送信します。ご希望の送信先を記入してください。

FAX または E-mail： \_\_\_\_\_  
(E-mail の場合、筆記体ではなくブロック体で記入してください。)

\*\*\*\*\*

「受講修了証書」の送付先 (見学実習を含む、前期・後期のカリキュラムを全て修了された方に「受講修了証書」を発行いたします。お受取りが可能な送付先を記入してください。)

送付先： \_\_\_\_\_

(所属機関)： \_\_\_\_\_ (部署名)： \_\_\_\_\_

↳ (職場へ送付を希望する方は記入してください。) (役職名)： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ (必須)

※個人情報の取り扱いについて  
ご記入頂いた情報は、本研修会に関わる業務以外には一切使用いたしません。  
※本紙 1 枚につき 1 名様をご記入ください (複数名の場合はお手数ですが本紙をコピーしてお使いください。)