

令和6年度 日本医師会認定産業医制度研修会

《 F A X 専用申込書 》

所属医師会名	医師会	
医療機関名		
参加者氏名		
認定の有無・有効期限 (※)	有 ・ 無 (有効期限: 年 月 日)	
ご連絡先 (※)	T E L 番号 :	
	F A X 番号 :	
受講希望研修会 ※希望の開催日を○で 囲んでください。	10月10日【実地】	10月24日【更新】
	11月14日【専門】	12月5日【実地】

注1) (※)の項目は必ずご記入下さい。

注2) 実地研修にお申込みの方は、F A Xにて受講の可否をお知らせ致しますので、必ずF A X番号のご記入をお願い致します。

《北九州市医師会 宛 F A X : 5 1 3 - 3 8 1 6 》