

長野県医師会 高橋 行

FAX 026-235-6120

日本医師会認定健康スポーツ医学再研修会 受講申込用紙

日時：令和2年2月22日（土） 午後3時30分～午後4時30分

場所：松本市 アルピコプラザホテル

氏名（ふりがな）	※領収書記載の氏名にご希望がございましたら、こちらにご記入をお願いします。
医籍登録番号※	
長野県医師会 会員確認	会員 ・ 非会員
所属機関	
所在地	
連絡先	

※長野県医師会では全国医師会研修管理システムを利用し受講管理を行っております。
登録にあたり医籍登録番号が必須となりますので、お手数ですがご記入をお願いします。

お申込みありがとうございます。本申込をもちまして受講予定者登録させていただきます。受講票等はございませんので、当日受付にてお名前をお申し出ください。併せて、長野県医師会非会員の先生は受講料（5,000 円）を徴収させていただきます。なお、当日はおつりのないようご協力お願いいたします。

折り返しFAXにて申込書の受付確認を希望される場合は下記にFAX番号をご記入ください。

FAX 番号： _____