長野県医師会　増田　行

FAX申込先：026-235-6120 メール申込先：hoken@nagano.med.or.jp

**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５年５月２７日（土）　午後3時30分～午後4時30分

場所：長野市　長野県医師会館

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 日整会単位取得希望(受講料1,000円) |  希望する　 ・ 　 希望しない（日整会会員ID 6桁　　　 　　　　） |

***※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：