長野県医師会　増田　行

FAX 　026-235-6120

MAIL 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６年６月２９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

|  |  |
| --- | --- |
| ご芳名（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 |
| 日本医師会認定健康スポーツ医資格 | あり　　　・　　　 なし |
| 日本整形外科学会  会員ID | ※単位取得希望の場合のみご記載お願いします。（数字6桁） |
| ご所属機関 |  |
| 所在地 |  |
| ご連絡先 |  |

***※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）、日本整形外科学会の単位を取得希望の場合は受講料（1,000円）を当日徴収いたします。なお、当日はおつりのないようご協力お願いいたします。

折り返し申込書の受付確認を希望される場合は下記にFAX番号もしくはメールアドレスをご記入ください。

FAX番号もしくはメールアドレス：