



[別紙]

「かかりつけ医機能強化研修会」の受講申込書

来る10月13日（月・祝）開催の標記研修会の受講を申し込みします。

（いずれかに し印をして下さい。）

☐ 日本医師会館で受講する

☐ 鳥取県医師会館で受講する

（いずれかに○印をして下さい。）

所属医師会	東部 ・ 中部 ・ 西部 ・ 大学
住 所	郵便番号..... 電話番号 ()
医療機関名	
(ふりがな) 氏 名	
備 考 (ご意見等)	

※9月12日（金）までにお申し込み下さい。