



[別紙3]

送信先ファクシミリ番号 0857-29-1578

「日医かかりつけ医機能制度研修会」 平成28年度応用研修会の受講申込書

来る5月22日(日)開催の標記研修会の受講を申し込みます。

(いずれかにレ印をして下さい。)

日本医師会館で受講する [鳥取県枠10名]

東部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	
(フリガナ) 氏 名 生年月日 (西暦) 年 月 日
医籍登録番号	
備 考	

申込み期限

- ・日本医師会館で受講される場合 4月26日(火)必着
- ・東部医師会館で受講される場合 5月16日(月)必着

複数人の場合は、お手数ですが用紙をコピーしてお申込ください。