第２９回健康スポーツ医学講習会申込書

開催日　前期：平成 28 年 11 月 5 日(土)・6 日(日)、後期：11 月 26 日(土)・27 日(日)

フ リ ガ ナ		性　　別	1 男　　2 女
氏　　名	㊞	生 年 月 日	2 大正 3 昭和　　年　　月　　日 4 平成
所属医師会名	都道府県医師会	日本医師会 会　　員	1 会員　　2 非会員
受　講　申　込	1　前期・後期とも受講する　　2　前期のみ受講する　　3　後期のみ受講する		
連　　絡　　先 （1 勤務先か 2 自宅のどちらかをご記入下さい。） ※なお、連絡先が勤務先の場合は、勤務先名称、所属までご記入下さい。	1 勤務先　　2 自宅		
	電話番号　市外局番　　（　　）		
	郵便番号　　－		
	都道府県		
メールアドレスまたはＦＡＸ （緊急に連絡を差し上げる必要があった場合、使用いたします。）	メールアドレス　　@		
	Ｆ　Ａ　Ｘ　　（　　）		
医籍登録番号	第　　号	医 籍 登 録 年　月　日	2 大正 3 昭和　　年　　月　　日 4 平成
都 道 府 県 医師会等の健康スポーツ医学講習会修了証	1　有（　　医師会主催の前期・後期） 2　無		
託児所の利用	1 希望する　利用人数（　　名）　利用日（ 11/5・ 11/6・ 11/26・ 11/27 ）　2 希望しない		
	お子様の年齢（　　歳　　ケ月）　　性別（　1 男　　2 女　）		
日本医師会が発行している医師資格証	1 持っている	2 持っていない	3 申請中

注・太枠内に必要事項を記入して、日本医師会地域医療第 2 課（〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16）にご郵送下さい。受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。

・FAX、電話での受け付けはいたしませんので、ご注意ください。

・氏名、住所等の個人情報は、本講習会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。

・車イス等の対応が必要な場合は、お申し出ください。