

申し込み用紙・受講連絡票

フリガナ	どちらかに○を付けて下さい
受講者名	産業医資格を今回取得する(基礎) 産業医資格を取得している(生涯)

受講日(参加希望日に○をつけて下さい)

11月3日土・11月4日日・12月8日土・12月9日日・1月5日土・1月6日日

欠席する講義がある場合 ○を付けて下さい 講義番号はプログラムに記載	11/3 1.2.3.4.5.6.7 11/4 8.9.10.11.12.13 12/8 14.15.16.17.18.19.20 12/9 21.22.23.24.25.26.27 1/5 28.29.30.31.32.33.34.35 1/6 36.37.38.39.40
--	---

受講資格証 送付先住所	〒 勤務先 自宅
----------------	-------------

勤務先名

連絡先電話番号

電子メールアドレス

お弁当(1食500円) ご希望の方は必要日に○をつけて下さい

11月3日土・11月4日日・12月8日土・12月9日日・1月5日土・1月6日日

病院駐車場駐車許可書 ご希望の方は必要日に○をつけて下さい(受講日に配布)

11月3日土・11月4日日・12月8日土・12月9日日・1月5日土・1月6日日

お振込みのご案内

受講料合計額 1日10,000円	テキスト代 1か月2,000円	小計	例: 6日間受講の場合 受講料6日間60000円+テキスト3ヶ月6000円 =合計支払額 66000円
<input style="width: 100%;" type="text"/>	+	<input style="width: 100%;" type="text"/>	= <input style="width: 100%;" type="text"/> ①
お弁当代(1日)		必要日数	お弁当代合計
<input style="width: 100%;" type="text"/>	×	<input style="width: 100%;" type="text"/>	= <input style="width: 100%;" type="text"/> ② お振込み合計金額
①+② =			円

お振込先

銀行名 七十七銀行大学病院前支店
口座名 一般社団法人東北大学医師会 (普) 9147993
振込元には必ず受講者のお名前をご記載下さい

領収書ご希望の方

領収書宛名

但書の指定

東北大学大学院医学系研究科産業医学分野内産業医学研修会事務局 担当: 齋藤
FAX: 022-717-7883 E-mail: kensyu-kai@doh.med.tohoku.ac.jp