第27回健康スポーツ医学講習会申込書

下記により申込みます。

フリガナ		性別	1 男　2 女
氏名	㊞	生年月日	1 明治 2 大正　年　月　日 3 昭和
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
連絡先住所 〔1 勤務先か2 自宅のどちらかを選んでご記入下さい。なお、連絡先住所が勤務先の場合勤務先名称、所属まで〔 〕内にご記入下さい。〕	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		
	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　@		
	FAX　（　）		
医師免許証番号	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（　日）		
	お子様の年齢（　歳　ヶ月）	性別　1 男　2 女	

注意

- **太枠内**にはっきり記入して、**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）に郵送して下さい。受け付けた方には払込取扱票をお送りします。
- **ファクシミリ、電話での受け付けはいたしませんのでご注意下さい。**
- 氏名、自宅住所等の個人情報は日本医師会認定健康スポーツ医制度に係る業務に限り利用させていただきます。

日本医師会地域医療第２課　御中