第３１回健康スポーツ医学講習会申込書

開催日　前期:平成 30 年 11 月 10 日(土)・11 日(日)　後期:平成 30 年 11 月 24 日(土)・25 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		
	【※勤務先名称・所属：　　】		
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(11/10・11/11・11/24・11/25)　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、日本医師会健康医療第１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。

・車イス等の対応が必要な場合は、お申し出ください。

・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。