

第24回日本医師会認定健康スポーツ医制度再研修会申込書

開催日 平成31年1月19日(土)

フリガナ											性別	1男	2女				
氏名	Ⓜ										生年月日	2大正	年	月	日		
												3昭和				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				
連絡先 (1勤務先か 2自宅のどちらか を選んでご記入 下さい。) ※連絡先が勤務 先の場合は、勤務 先名称、所属まで 必ずご記入下さ 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	年	月	日	
												3昭和					4平成
日本医師会認 定健康スポー ツ医証番号	第										号	認 定 有効期限	平成	年	月	日	
託児所の利用	1希望する 利用人数 (名)										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）に郵送下さい。11月末ごろから、払込に関する案内をお送りします。
- ・本開催日の平成31年1月19日が認定有効期間内にあることを確認の上、お申込ください。
 - ・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、本研修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、事前にお申し出ください。