

## 東京医科大学医師会 健康スポーツ医実地研修申込書

日 時 : 平成 31 年 3 月 16 日(土) 14 時 00 分 ~ 17 時 10 分

会 場 : 東京医科大学病院 本館 6 階 第 2 会議室(講義)

7 階 心臓リハビリテーションセンター(実地)

受付番号

|                 |                                       |      |                            |                  |
|-----------------|---------------------------------------|------|----------------------------|------------------|
| ふりがな            |                                       | 性 別  | 男 ・ 女                      |                  |
| 氏 名             |                                       | 生年月日 | T.<br>S.<br>H.             | 年 月 日<br>満 ( ) 歳 |
| 住 所             | 郵便番号                                  | -    | 電話番号                       | ( )              |
|                 |                                       |      |                            |                  |
| 所属医師会           |                                       |      |                            |                  |
| 医師免許証           | 第                                     | 号    | S H<br>医籍登録<br>年 月 日 年 月 日 |                  |
| 日医健康スポーツ医登録番号   |                                       | 第    | 号                          |                  |
| 日医健康スポーツ医認定有効期限 |                                       | 平成   | 年                          | 月 日              |
| 診 療 科 目         | 1. 小児科 2. 内科 3. 外科 4. 整形外科 5. その他 ( ) |      |                            |                  |

(注) \*氏名は修了証の発行に必要ですので、楷書ではっきりとご記入下さい。

\*遅刻、早退の場合の単位は認められておりませんのでご了承下さい。

<申 込 先>

東京医科大学医師会 事務局

TEL 03-3342-6111 内線 5950・4027

FAX 03-3345-1437