

## 令和2年度東京都医師会産業医生涯(実地)研修会 申 込 書

令和2年10月29日(木)  
於 東日本旅客鉄道(株)  
大宮総合車両センター

フリガナ		性 別	・男	・女
氏 名		生年月日	昭・平	年 月 日
所属都道府県 医師会	東京都医師会員 ・ _____ 道府県医師会 ・ 非医師会員			
産業医認定番号 (7桁)	_____ / 有効期限: ~ 年 月 日まで			
医籍登録番号				
所属施設名				
施設所在地	TEL:	FAX:		
	〒			
自宅住所	TEL:	FAX:		
	〒			
緊急連絡先	TEL:	メールアドレス:		

- \* 抽選にて受講者を確定し、当選者のみ締切後一週間を目安にメールにてご連絡いたします。
- \* 当選メールが届きましたら、現金書留にて受講料をお支払いいただきます。
- \* 当選後、期日までにお支払いがない場合はキャンセル扱いとなります。
- \* 申込完了後のキャンセルについては、返金対応しかねますのでご了承ください。
- \* 現場での実習のため、進行の関係上、途中参加ができませんので、  
集合時間(14時頃予定)に間に合う方のみお申込みください。
- \* 研修単位はすべて受講した場合のみ修得できます(部分受講は不可)。
- \* 申込後に上記内容に変更がありましたら、都度ご連絡ください。

東京都医師会 医療支援課  
〒101-8328 千代田区神田駿河台2-5  
TEL 03(3294)8821  
FAX 03(3292)7097