

熊本県医師会業務Ⅱ課 行

FAX：096-322-6429

熊本県医師会認定産業医基礎（前期）研修会  
受講申込書

1. ふ り が な 氏 名： \_\_\_\_\_
  
2. 医籍登録番号： \_\_\_\_\_
  
3. 医師会加入の有無 \*○印をお付け下さい。
  - ・あり（所属県地域医師会名： \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_ 医師会）
  
  - ・なし
  
4. 医療機関名： \_\_\_\_\_
  
5. 受講票送付先： 〒 \_\_\_\_\_ 県 \_\_\_\_\_
  
6. 受講希望日 \*○印をお付け下さい。
  - 9月11日(日) 9：00～17：15 熊本県医師会館（      ）
  
  - 9月25日(日) 9：00～17：15 熊本県医師会館（      ）
  
7. 産業医手帳発行 \*○印をお付け下さい。
  - ・希望する
  
  - ・希望しない

※令和4年8月23日(火)までにお申し込み下さい。