

【 F A X送付先 】

0 2 4 - 5 2 1 - 3 1 5 6

(担当：業務課 伊藤)

◆母体保護法指定医師研修会受講申込書

《3月19日申込締切》

母体保護法指定医師研修会【3月25日(日)】への受講を希望します。

医療機関名：\_\_\_\_\_

氏 名：\_\_\_\_\_

会員の有無： 会員（所属医師会名：\_\_\_\_\_） 非会員

【\*どちらかに○を付けてください】

◆ 連 絡 事 項

.....  
.....  
.....  
.....