

【 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

《9月5日申込締切》

母体保護法指定医師研修会【9月15日(土)】への受講を希望します。

医療機関名：_____

氏 名：_____

連絡先：_____

() 会 員：(所属医師会名：_____)

※福島県医師会員は郡市地区医師会名、その他の県の会員は所属県医師会名
を記入してください。

() 非会員：

【*どちらかに○を付けてください】

◆ 連 絡 事 項

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