

【 F A X 送付先 】
0 2 4 - 5 2 1 - 3 1 5 6
(担当：業務課 渡邊)

◆母体保護法指定医師研修会受講申込書

《2月28日申込締切》

母体保護法指定医師研修会【3月8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

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