

岩手県医師会 行 【FAX送付先：019-654-3589】

令和3年 月 日

令和3年度岩手県医師会母体保護法指定医師
並びに岩手県産婦人科医会研修会
【参加申込書】

所属県医師会名： _____ 医師会

医療機関名： _____

氏名	○印を付して下さい		
	県医師会会員区分	受講証明書	参加費領収書宛名
	会員・非会員	要・不要	出席者名・医療機関名
	会員・非会員	要・不要	出席者名・医療機関名
	会員・非会員	要・不要	出席者名・医療機関名
	会員・非会員	要・不要	出席者名・医療機関名

※受講証明書が不要の場合、領収書宛名の回答は不要です

☆医療機関名での領収書発行を希望される場合、または参加者全員分の一括発行を希望される場合は、こちらにチェックを入れて下さい。

医療機関名、出席者全員分の領収書発行を希望する