

別紙

【 F A X送付先 】

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

(担当：業務課 樺澤)

【 QR コード 】



◆母体保護法指定医師研修会受講申込書◆

《5月15日申込締切》

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

.....

.....

.....

.....