

送付先：富山県医師会 FAX 076-429-6788

平成 29 年度かかりつけ医機能強化研修会（在宅医療実務者研修）申込書

受講申込締切：2月16日(金)まで

所属郡市医師会 _____ 医師会 _____ 氏名 _____

- ・昼食弁当（1,000円） 必要 ・ 不要※どちらかを○で囲んでください。
- ・県医師会非会員の方は下記項目のご記入もお願いします。

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 医籍登録番号 _____

所属施設名 _____

ご連絡先住所 〒 _____ TEL _____