

受付番号（事務局用）	
------------	--

平成 30 年度 兵庫医科大学病院  
産業医学研修会 受講申込書

・ 申込者氏名 フリガナ \_\_\_\_\_ ・ 医籍登録番号（必須） \_\_\_\_\_

・ 所属医師会（該当に○・所属のある場合は下記に記入）

1.兵庫医科大学医師会    2.兵庫県医師会    3.他府県医師会    4.未加入

・ 所属郡市区医師会名 \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市・区 \_\_\_\_\_

・ 兵庫医科大学卒業の場合 卒業年次 \_\_\_\_\_ 年

・ 研修会区分（該当に○）    1.基礎研修    2.生涯研修

・ 勤務先（所属科までご記入下さい）

勤務先名 \_\_\_\_\_

勤務先住所 〒 \_\_\_\_\_

・ 受講票送付先住所    1.自宅    2.勤務先

（自宅か勤務先のどちらかに○をおつけ下さい）

ご自宅宛送付の場合

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

・ 連絡先 TEL \_\_\_\_\_

・ メールアドレス   （携帯可・必須）

送付先 FAX    :    0798-45-6608