|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号（事務局用） |  |

2019年度　兵庫医科大学病院

産業医学研修会　受講申込書

・　　　　　　　　　　　　　・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**