

岩手県医師会 行 【FAX送付先：019-654-3589】

令和7年 月 日

令和7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	医籍登録番号 (単位登録のために お知らせください)	参加費領収書宛名
	会員 ・ 非会員		出席者名 ・ 医療機関名
	会員 ・ 非会員		出席者名 ・ 医療機関名
	会員 ・ 非会員		出席者名 ・ 医療機関名
	会員 ・ 非会員		出席者名 ・ 医療機関名

☆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