

別紙

【 FAX送付先 】

024-521-3156

(担当：業務第二課 樺澤)

【 QRコード 】



◆母体保護法指定医師研修会受講申込書◆

《9月11日申込締切》

医療機関名 : _____

氏 名 : _____

受講票送付先 : 〒 _____

() 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

.....
.....
.....