

大分県医師会 地域保健課行 FAX 097-537-4764 / Mail hokenka@oita.med.or.jp

申込受付は11月4日（火）9:00～11月14日（金）17:00【厳守】迄の間です。

令和7年度第5回産業医（実地）研修会受講申込書

○11月27日(木)の産業医(実地)研修会に申し込みます。

令和7年	月	日	※非会員の場合は以下に○印
医師会名	医師会		非会員
フリガナ			
氏名			
生年月日			
勤務先			
勤務先住所	〒		
通知書送付先	〒		
※勤務先以外を希望 する場合のみ記入			
連絡先	Mail ※当日の緊急連絡のため、携帯番号もご記入願います。 携帯 一 一		
医籍登録番号	認定証番号		
No.			

◎申込先：〒870-8563 大分市大字駄原2892-1 大分県医師会地域保健課宛
Mail:hokenka@oita.med.or.jp/TEL:097-532-9121/FAX:097-537-4764

申込受付番号