

令和7年度第2回産業医研修会受講申込書(7月29日(火)開催分)

大分県医師会地域保健課 御中

(メール:hokenka@oita.med.or.jp、FAX:097-537-4764)

○Googleフォームへの入力難しい場合は、本申込書にてお申し込み願います。

※Googleフォームに入力された場合は、本申込書の提出は不要です。

令和7年		月	日
所属郡市名		医師会	
勤務先			
住所		〒 -	
連絡先		— —	
ふりがな 氏名			
医籍登録番号			
メールアドレス			
受講希望会場 以下の表①～⑦から ご選択ください。			
認定証番号		生年月日	
No.			

申込先:〒870-8563

大分市大字駄原2892の1

大分県医師会 地域保健課

☎ 097-532-9121

※非会員は受講料のお支払いをお願いします。(医師会の会員は無料です)

受講料:2,000円

シャ オオイトケンイシカイ

振込先:大分銀行本店 普通預金3329521 (一社)大分県医師会

入金確認が出来次第、申込受理いたします。

①大分県医師会	②佐伯市医師会	③豊後大野市医師会	④竹田市医師会	⑤玖珠郡医師会
⑥津久見市医師会	⑦臼杵市医師会			

※ 本会記入欄

申込書受領日	受付番号・入金日