

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9月8日（月）9:00～9月16日（火）17:00【厳守】迄の間です。

令和7年度第4回産業医（実地）研修会受講申込書

○10月16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 — —		
医籍登録番号		認定証番号	
		N o .	

◎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