**― 受講申込 ▼ ―――――――――――――――**―**――**―**―**

**ＦＡＸ：０２８－６２４－５９８８**

（栃木県医師会　保険学術課　行）

**日医かかりつけ医機能研修制度　令和７年度応用研修会**

**第1回（サテライト研修会）　申込書**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **医籍登録番号　※1** |  |
| **生年月日（西暦）** | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| **性　　別** | 男　性　・　女　性 |
| **所属郡市・大学医師会名****（会員のみ）** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　医師会 |
| **所属医療機関名** |  |
| **弁当希望の有無****（税込み1,500円）** | ※当日、ご昼食をご希望の方にはお弁当を手配させていただきます。　お弁当代（税込み1,500円）は、受付にてお支払いください。有　　・　　無 |
| **受講票・受講証明書****送付先** | **〒　　　－**　住所：　連絡先（ＴＥＬ）：　連絡先（ＦＡＸ）： |

※1栃木県医師会非会員の先生で、各種単位を希望する方は、必ず医籍登録番号をご記入ください。

　 （不明の場合には単位が発行できません。栃木県医師会会員の先生は省略可です。）

※2申込書で得られた個人情報は、参加者確認・報告書の作成・単位申請等に使用いたします。