

※受講申込票に必要事項をご記入いただき、FAX(059-225-7801)にてお申し込み下さい。

受講申込票

【産業医研修会－基本研修－】

※受講を希望されるところに☑をしてください。

第1回基本研修 (基礎・前期7単位)	<input type="checkbox"/> 令和7年3月16日(日)於：三重県医師会館
第2回基本研修 (基礎・前期7単位)	<input type="checkbox"/> 令和7年4月20日(日)於：三重県医師会館

医療機関名	
所在地 電話番号	〒 _____ (TEL _____)

【医師】

(フリガナ) 氏名	医籍登録番号
	No.
	No.

※日医生涯教育制度における単位取得集計を円滑に行う為、医籍登録番号のご記入にご協力ください。

【連絡事項】

- 当日の受付では、「本人確認」(写真付き身分証明書〔運転免許証、医師資格証等〕の提示)を行います。また、産業医学研修手帳はお預かりせず、研修会終了後に、単位証明シールを発行いたします。

主催 公益社団法人 三重県医師会

〔お問い合わせ先〕公益社団法人 三重県医師会

〒514-8538 津市桜橋二丁目191番4 TEL 059-228-3822