

三重県医師会 行

(FAX 059-225-7801)

## かかりつけ医等うつ病対応力向上研修 受講申込書

フリガナ 氏名	男 ・ 女
職種	医師・看護師・その他 ( )
所属施設名	
施設所在地	〒  (TEL - - )

※医師の方は下記にもお答えください。

医籍登録番号	No. ※日医生涯教育制度における単位取得には医籍登録番号が必須となります。
郡市医師会名	
診療科等	
(どちらかに○をしてください)	
地区医師会への情報提供に	
同意する	・ 同意しない
三重県ホームページでの情報公表に	
同意する	・ 同意しない

〔公益社団法人 三重県医師会〕

〒514-8538 津市桜橋2丁目191番4 TEL : 059-228-3822

FAX : 059 - 225 - 7801