

京都府医師会 地域医療3課 宛

(FAX 075-354-6097)

日本医師会認定スポーツ医学制度再研修会

参加申込書

日本医師会認定スポーツ医学制度再研修会

(平成31年2月14日、京都府医師会館)に参加を申し込みます。

| | |
|----------------|----------------------------|
| 参加者氏名 | |
| 所属医療機関 | |
| ご連絡先 | TEL : _____ FAX : _____ |
| 京都府医師会 会員区分 | 会員 / 非会員 (京都府内・他府県) |

記載者名 _____

電話番号 _____

※) お申込みは平成31年2月7日(木)までをお願いいたします。

※) 受講決定通知の発送はございません。

※) 受講証明証は、当日受付にて配布いたします。