

京都府医師会地域医療3課 葭本 行
(FAX 075-354-6097)

日本医師会認定スポーツ医学再研修会 参加申込書

日本医師会認定スポーツ医学再研修会（平成29年7月22日、京都府スポーツセンター）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 (府内・府外)

記載者名 _____

電話番号 _____

- ※) お申込みは平成29年7月10日(月)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。