

【別紙】

福島県医師会 業務課 後藤 行

(FAX : 024-521-3156)

第 1 5 5 回福島県医師会医学大会
参加申込について

申込締切 10 月 30 日 (月) まで

| | |
|------------|-------------------------------|
| 所属医師会名 | 医師会 |
| 医籍登録番号 | |
| ふりがな 氏名 | |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 |
| 医療機関名 | |
| 医療機関住所 | 〒 |
| 勤務先 電話番号 | |
| 勤務先 F A X | |
| 備考 | ※文書送付先が医療機関以外の方はご記入ください。 〒 |