

【別紙】

福島県医師会 業務課 後藤 行  
(FAX : 024-521-3156)

令和5年度専門医共通講習会  
参加申込について (会場)

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。 〒