

福島県医師会 業務第一課 高原 行

(FAX : 024-521-3156)

第 1 5 7 回福島県医師会医学大会（専門医共通講習会）
参加申込書

申込締切 1 0 月 3 1 日（金）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	
メールアドレス	
備 考	※文書送付先が医療機関以外の方はご記入ください。 〒

申込方法：本紙もしくは本会ホームページ掲載の申込書により F A X、または下記 URL
もしくは QR コードにてお申込みください。

URL : <https://forms.office.com/r/LeT7VAQcn9>

QR コード：



(担当：業務第一課 高原／TEL024-522-5191／FAX024-521-3156)