

9月13日(日)

申込締切：8月17日(月)

※「受講を希望する理由」欄の優先順位により、受講者を選定させていただきます。

- ・ 受講希望の方は、ファクシミリにてお申し込みください。
- ・ 申込締切後、払込用紙と受講証を別途郵送いたします。
- ・ 受講料の支払方法はコンビニエンスストアでの払込みです。
- ・ 申し込み後にキャンセルされる場合には必ずご連絡ください。

産業医研修会受講申込書 ※全項に必ずご記入ください

受 講 日	第 2 回			9月13日(日)		
認 定 産 業 医 資 格 の 有 無	☐ 認定医 ☐ 未認定	認定番号	有効期限： 令和 年 月 日			
受講を希望する理由 ※ ☐ にチェックを入れてください	☐ 新型コロナウイルス感染拡大によって研修会を受講できず、研修会当日（9/13）に、有効期限がすでに切れている ☐ 有効期限が令和8年11月末まで ☐ 認定産業医を新規取得希望で、すでに産業医の仕事が決まっている ☐ その他（ ）					
会 員 等 種 別	☐ 埼玉県医師会産業医会会員 ☐ 埼玉県医師会会員 ☐ その他					
医 籍 登 録 番 号						
フ リ ガ ナ 参 加 者 氏 名	フ リ ガ ナ 氏 名					
所 属 医 師 会 (都 道 府 県)	医師会		所属医師会 (郡 市 区)		医師会	
所属医療機関名						
所 属 医 療 機 関 所 在 地	〒 — TEL： () FAX： ()					
書 類 送 付 先	〒 — TEL： () FAX： ()					

産業医会記入欄(記入しないでください)

□□ A

No.	—
-----	---

No.