

(返信先：公益社団法人愛知県医師会医療業務部第2課 FAX 052-241-4130)

平成30年度 感染症及び結核講演会
(平成30年10月13日(土)開催)

参加申込書

医療機関名 _____

医療機関住所 (〒 _____) _____

職 種	(フリガナ) 氏 名	【医師のみ記入】 性別 どちらかに○をお願いします	【医師のみ記入】 医籍登録番号	【医師のみ記入】 愛知県医師会 会員・非会員 どちらかに○をお願いします
	()	男性 ・ 女性		会員 ・ 非会員
	()	男性 ・ 女性		会員 ・ 非会員
	()	男性 ・ 女性		会員 ・ 非会員
	()	男性 ・ 女性		会員 ・ 非会員

申込期限：9月14日(金)までにご返送ください。

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、コピーしてご利用ください。

※参加申込み人数が会場収容人数を超えた場合は、抽選とさせていただきますのでご了承下さい。

※個人情報は本講演会以外には使用いたしません。

担 当：医療業務部第2課

T E L：052-241-4139

F A X：052-241-4130

E-mail：chiiki_2@aichi.med.or.jp