

(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)

第33回学校保健健診懇談会
(平成31年1月19日(土)開催)
参加申込書

機関名 _____

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
	()	男性 ・ 女性		会員 ・ 非会員

平成30年12月20日(木)までに第2課宛 (FAX: 052-241-4130) へご返送ください。

※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。

※対象は、医師、学校長等学校管理職、保健主事、養護教諭、健診機関の読影医及び検査技師、
その他学校保健関係者となります。

※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さ
い。

※個人情報とは本懇談会以外には使用いたしません。