

(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 学校保健シンポジウム

(平成31年3月3日(日)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

平成31年2月15日(金)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。

※開催1週間前をめどに受講票をお送りいたしますので、ご確認いただき、当日ご持参ください。

※個人情報は本シンポジウム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