

FAX番号 06-6773-9008

送信日 令和 年 月 日

どちらかに○を付けてください

- ・ 新任学校医
- ・ 現学校医

参加申込

令和4年 2月 5日(土)「学校保健研修会」に参加します。

氏 名 _____

学 校 名 _____ 小 ・ 中 ・ 高 ・ 支

所属医師会名 _____ 医師会

連 絡 先 (必ず連絡の取れる連絡先を御記入ください。)

電話 _____

受講票送付先FAX _____

*ご質問・ご希望がございましたら下記にご記入ください。

.....

.....

.....

.....

申し込み締め切り 令和4年1月15日(土)

*先着順にて決定させていただきます。ご了承ください。