

## 十日町市中魚沼郡（医師会）学術講演会開催申込書

平成 年 月 日

申込製薬会社名		
住 所	〒	
連絡先電話番号		
担当者氏名		
開催希望月日	十日町市中魚沼郡医師会学術講演会（第1木曜日） <u>※注1</u> 第1希望日 年 月 日 第2希望日 年 月 日	
	十日町市中魚沼郡学術講演会（第3火曜日） <u>※注2</u> 第1希望日 年 月 日 第2希望日 年 月 日	
講演会内容	内 容： 講 師：	
開催場所	ラポート十日町 <u>※注3</u>	
情報交換会	有 ・ 無	
取得単位数	_____ <u>単位</u> (30分で0.5単位。1日の上限5単位まで)	
カリキュラム名 及び コード番号 (取得単位数の2倍まで)	コード番号	カリキュラム名
備 考	案内状は、2か月前に医師会事務局にメールで提出願います。	

※注1：十日町市中魚沼郡医師会学術講演会は、医師が対象です。

※注2：十日町市中魚沼郡学術講演会は、医師、薬剤師、歯科医師、コメディカルが対象です。講演会終了を20時15分としてください。

※注3：ラポート十日町の会場予約は、申込者が行ってください。