

# ■ 申 込 書 ■

令和元年度 日本医師会認定産業医研修会 申込書			
氏 名			
所属医師会	都道府県	郡市医師会	医師会
認定の有無 (○印記入)	有	無	申請中
ご連絡先	〒 ー		
所属機関名			
電 話		FAX	

申込〆切 令和元年 8 月 23 日（金曜日）※但し、定員になり次第締め切ります。

**開催日時 令和元年 9 月 8 日（日曜日）AM 9 : 55 ~ PM 4 : 05**

会 費 会員 5,000 円 非会員 7,000 円（昼食代を含みます）

会 場 十日町地域地場産業振興センター クロス 10

（〒948-0003 新潟県十日町市本町 6 丁目 TEL025-757-2323）

申 込 F A X (025-750-1422) にてお申し込みください。

