

# ■ 申 込 書 ■

令和2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	新潟	都市医師会	
認定の有無 (○印記入)	有		無	
申請中				
ご連絡先	〒 —			
所属機関名				
電 話			FAX	

申込〆切 令和2年9月18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2年10月4日(日曜日) AM 9:30 ~ PM 12:30

会 費 会員 3,000円 非会員 5,000円

会 場 十日町市医療福祉総合センター 1階講堂

(〒948-0065 新潟県十日町市高田町3丁目南442 TEL025-757-3511)

申 込 FAX (025-750-1422) にてお申し込みください。

