

# ■ 申 込 書 ■

令和3年度 後期日本医師会認定産業医研修会 11月28日開催分(実地2単位) 申込書			
氏 名			
所属医師会	都道府県	新潟県	郡市医師会
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3年11月19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3年11月28日(日曜日) AM 10:00 ~ PM 12:00

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。

