**北海道医師会事業第三課 行**

**FAX 011-221-5070　　　E-mail 3ka@m.doui.jp**

**日医かかりつけ医機能研修制度 令和6年度応用研修会**

**―北海道医師会DVD講習― 受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医籍登録番号 |  |  | |  |  |  | |  |
| ふりがな |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 会員種別  （該当に○を付けてください） | 日医会員 | | 道医会員 | | 郡市医師会会員 | | 非会員 | |
| 所属郡市･医育機関医師会名  （例:札幌市など） |  | | | | | | | |
| 所属  医療機関名 |  | | | | | | | |
| 医療機関住所 | 〒  （TEL 　　 －　 　　 － 　　）  （FAX 　 　－　 　　 － 　　） | | | | | | | |
| Ｅ-mail |  | | | | | | | |
| 昼食（お弁当）  別途1,000円（税込）  （該当に○を付けてください） | 要　　　・　　不要 | | | | | | | |

※受講決定通知は上記住所宛にお送りさせていただきます。

※ご記載いただいた個人情報は、本会関係者（担当役職員、講師等）でのみ使用し、それ以外

には利用いたしません。