

申込書



あきた医師総合支援センターHP、E-mail、FAX

参加費 無料
締切締切
9/30(日)

10月13日 開催

JMECCセミナー

(※必要に応じて本申込書をご利用ください)

1

氏名 (フリガナ)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
所属医療機関 (施設名)	(診療科)
(役職)	臨床経験年数 年目
E-mail (PCからのメールを受信できるもの)	電話番号
生年月日 (西暦) 年 月 日	日本内科学会会員種別 (✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
お弁当の注文 ¥1,000- (税込・お茶付) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※追記事項や質問などございましたら、ご記入ください

2

氏名 (フリガナ)	性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
所属医療機関 (施設名)	(診療科)
(役職)	臨床経験年数 年目
E-mail (PCからのメールを受信できるもの)	電話番号
生年月日 (西暦) 年 月 日	日本内科学会会員種別 (✓を入れてください) <input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
お弁当の注文 ¥1,000- (税込・お茶付) <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※追記事項や質問などございましたら、ご記入ください



【お問い合わせ・お申込み先】

あきた医師総合支援センター

TEL : 018-884-6430 / FAX : 018-884-6457

E-mail : info@akitamd-support.com