

※会場受講用申込書

◎大阪府医師会 地域医療2課行 (FAX: 06-6765-3737)

令和5年度 健康スポーツ医学再研修会

日 時：令和5年10月13日(金) 午後2時～5時
場 所：大阪府医師会館 2階ホール

①名前（ふりがな）：

※名前の表記は新字体・旧字体を正確にご記入ください。(例：“高橋”の場合、“高”ではなく“高”と記入。)

②医 籍 番 号：

--	--	--	--	--	--

③認 定 医 番 号：

--	--	--	--	--	--	--

④所属地区医師会名：

⑤医 療 機 関 名：

⑥住 所： 自宅 ・ 医療機関 *どちらかに○をつけてください。

〒

⑦電 話 ・ F A X： (電話)

(FAX)

※1：必要事項をご記入の上、9月29日(金)までに、大阪府医師会地域医療2課まで FAX (06-6765-3737) にてお申し込みください。

※2：会場受講申込者多数の場合は抽選。受講不可の場合のみ郵送にてご連絡いたします。

※3：受講証明書は、受講終了後、受付にて会場で直接お渡しいたします(来場受講者のみ)。遅参・早退・一部退席された場合には、受講された講演のみの受講証明書をお渡しいたします。

※4：当日は、体温チェックのうえマスク着用をお願いします。発熱や軽度であっても呼吸器症状(咳・咽頭痛)などがある場合、来場をお控え願います。

事務局：大阪府医師会地域医療2課 (☎06-6763-7002)