第３１回健康スポーツ医学講習会申込書

開催日　前期:平成 30 年 11 月 10 日(土)･11 日(日)　後期:平成 30 年 11 月 24 日(土)･25 日(日)

<table>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="3"></td><td>性　　別</td><td>1 男　　2 女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">㊞</td><td>生 年 月 日</td><td>2 大正
3 昭和　　年　　月　　日
4 平成</td></tr>
<tr><td>所属医師会名</td><td colspan="3">都道府県医師会</td><td>日本医師会
会　　員</td><td>1 会員　　2 非会員</td></tr>
<tr><td>受 講 申 込</td><td colspan="5">1　前期・後期とも受講する　　2　前期のみ受講する　　3　後期のみ受講する</td></tr>
<tr><td rowspan="5">連　　絡　　先
（1 勤務先か 2 自宅のどちらかをご記入下さい。）

※なお、連絡先が勤務先の場合は、勤務先名称、所属までご記入下さい。</td><td colspan="5">1 勤務先　　2 自宅</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="4">市外局番　　（　　）</td></tr>
<tr><td>郵便番号</td><td colspan="4">　　－</td></tr>
<tr><td colspan="5">都道府県</td></tr>
<tr><td colspan="5">【※勤務先名称・所属：　　】</td></tr>
<tr><td rowspan="2">メールアドレス
またはＦＡＸ
（緊急に連絡を差し上げる必要があった場合、使用いたします。）</td><td>メールアドレス</td><td colspan="4">@</td></tr>
<tr><td>Ｆ　　Ａ　　Ｘ</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td>医籍登録番号</td><td colspan="2">第　　号</td><td>医 籍 登 録
年　月　日</td><td colspan="2">2 大正
3 昭和　　年　　月　　日
4 平成</td></tr>
<tr><td>都 道 府 県
医師会等の健康スポーツ医学講習会修了証</td><td colspan="5">1　有（　　医師会主催の前期・後期）

2　無</td></tr>
<tr><td rowspan="2">託児所の利用</td><td colspan="5">1 希望する　利用人数（　　名）利用日（ 11/10・ 11/11・ 11/24・ 11/25 ）　　2 希望しない</td></tr>
<tr><td colspan="5">お子様の年齢（　　歳　　ケ月）　　性別（　1 男　　2 女　）</td></tr>
<tr><td>日本医師会が発行している医師資格証</td><td colspan="2">1　持っている</td><td colspan="2">2　持っていない</td><td>3　申請中</td></tr>
</table>

注・太枠内に必要事項を記入して、日本医師会健康医療第１課（〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16）にご郵送下さい。受け付けた方には、払込に関するご案内をお送りします。

・FAX、電話での受け付けはいたしませんので、ご注意ください。

・車イス等の対応が必要な場合は、お申し出ください。

・氏名、住所等の個人情報は、本講習会の運営に係る業務に限り利用させていただきます。