

埼玉県医師会産業医会行き FAX 048-822-8515  
令和6年度埼玉県医師会産業医研修会 受講申込書  
第4回：基礎・生涯 11月17日(日)

申込締切：10月21日(月)

※「受講を希望する理由」欄の優先順位により、受講者を選定させていただきます。

- 受講希望の方は、ファクシミリにてお申し込みください。
- 申込締切後、払込用紙と受講証を別途郵送いたします。
- 受講料の支払方法はコンビニエンスストアでの払込みです。
- 申し込み後にキャンセルされる場合には必ずご連絡ください。

産業医研修会受講申込書 ※全項目に必ずご記入ください

受 講 日	第4回 11月17日(日) 参加希望： <input type="checkbox"/> 全受講 · <input type="checkbox"/> 一部受講 ※ 一部受講については、研修会当日に受付で申し出てください。		
認 定 産 業 医 資 格 の 有 無	<input type="checkbox"/> 認定医 <input type="checkbox"/> 未認定	認定番号	有効期限： 令和 年 月 日
受講を希望する理由	<ol style="list-style-type: none"><li>新型コロナウイルス感染拡大によって研修会を受講できず、研修会当日（11/17）に、有効期限がすでに切れている方</li><li>有効期限が令和7年1月末までの方</li><li>認定産業医を新規取得希望で、すでに産業医の仕事が決まっている方</li><li>その他</li></ol>		
会員等種別	<input type="checkbox"/> 埼玉県医師会産業医会会員 <input type="checkbox"/> 埼玉県医師会会員 <input type="checkbox"/> その他		
フ リ ガ ナ 参 加 者 氏 名	フ リ ガ ナ 氏 名		
所 属 医 師 会 (都道府県)	医師会	所属医師会 (都市区)	医師会
所 属 医 療 機 関 名			
所 属 医 療 機 関 所 在 地	〒 — TEL： ( ) FAX： ( )		
書 類 送 付 先	〒 — TEL： ( ) FAX： ( )		

産業医会記入欄(記入しないでください)

□□ A

□□ B

□□ C

No.

—