

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	1. 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 2. 有効期限が令和7年1月末までの方 3. 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 4. その他		
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 (郡市区)	医師会
所属医療機関名			
所属医療機関 所在地	〒 ー TEL : () FAX: ()		
書類送付先	〒 ー TEL : () FAX: ()		

産業医会記入欄(記入しないでください)

☐☐ A

☐☐ B

☐☐ C

No.

ー