

# 第4回 総合診療医認定講座 参加申込書

(本紙をコピーして、FAXにてお申し込み下さい)

申込期日 平成29年9月25日(月)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 日本慢性期医療協会  
( 会員 ・ 会員以外 )

住所 (〒 - )

TEL FAX

連絡担当者氏名 役職

E-mail

フリガナ 受講者氏名 医師経験年数 年 専門科:

フリガナ 受講者氏名 医師経験年数 年 専門科:

フリガナ 受講者氏名 医師経験年数 年 専門科:

\*10月上旬頃、連絡担当者様宛てに参加費請求書および受講票をお送りいたします。

\*定員に達した場合は、期日にかかわらず受付を終了させていただきます。

日本慢性期医療協会

〒162-0067

東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

TEL.03-3355-3120 FAX.03-3355-3122

E-mail: info@jamcf.jp

ホームページURL: http://jamcf.jp

日慢協ブログ: http://manseiki.net