

実地医家のための会 + プライマリ・ケア認定薬剤師研修会
「プライマリ・ケアと漢方」

受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-6838-9222

宛先: 実地医家のための会+プライマリ・ケア認定薬剤師研修会事務局

申込月日	平成 年 月 日 ()	下記の当てはまる□に✓を入れてください	
会 員	日本プライマリ・ケア連合学会	□会員(会員番号) □非会員	
	職種	□医師 □歯科医師 □医学生	
フリガナ		2016. 4. 10. 開催	
氏 名		医師歯科医師用申込書	
勤 務 先	施設名称	所属	
	郵便番号	〒 -	
	住 所		
	電話番号	- -	FAX 番号
自 宅	郵便番号	〒 -	
	住 所		
	電話番号	- -	FAX 番号
通 信 欄	情報交換会 : 参加・不参加 (どちらかを選択して○印を付けてください)		
事 務 局 記 入 欄	FAX 受付	月	日
	受講者確認	月	日
	引換票配布	月	日
	受講証付与	月	日
	(備考)		

※ 申込書は必ず1名様ずつ明瞭にご記入をお願いいたします。