

生涯教育 Hands-on セミナー「EBM(Advanced)」(東京)

医師専用受講申込書 FAX 送信用紙

FAX 番号 03-3409-4075

宛先:生涯教育 Hands-on セミナー「EBM(Advanced)」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		
フリガナ				2012.10.28		
氏 名				医師専用申込書		
所 属	施設名称	所属				
	郵便番号	〒 —				
	住 所					
	電話番号	—	—	FAX 番号	—	—
※ 受講案内(振り替用紙)・受講票等を自宅宛に郵送希望の方は、上記の所属欄を記入の上併せて下記欄もご記入ください。						
自 宅	郵便番号	〒 —				
	住 所					
	電話番号	—	—	FAX 番号	—	—
通 信 欄						
事 務 局 記 入 欄	受 付	月	日			
	受講案内郵送	月	日			
	受講料納入	月	日			
	受講票送付	月	日			
	キャンセル	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。