第１０回　自賠責研修会　参加申込書

（Ｒ４．１．１５開催）

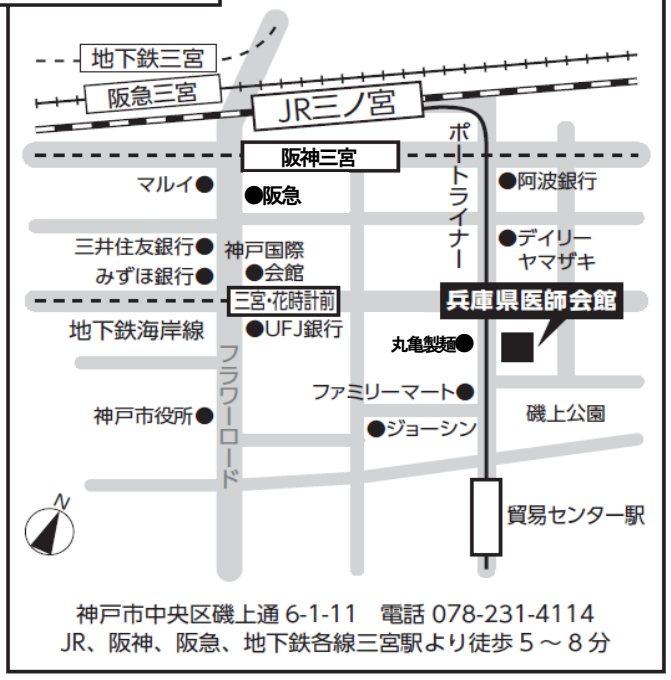
参加ご希望の方は、本用紙に必要事項を記載の上、ＦＡＸにてお申込み下さい。

参加者氏名	（フリガナ　　）	所属医師会名 （医師のみ）	医師会
職種 （該当に○印）	医　師　　・　　その他		
医籍登録番号 （医師のみ記載）			
医療機関名 及び所在地	医療機関名： 所　在　地： 電 話 番 号： メールアドレス：		

※１参加希望者の個人情報は、本研修会の把握のみに使用致します。

質問事項

会場周辺地図



神戸市中央区磯上通 6-1-11　電話 078-231-4114
JR、阪神、阪急、地下鉄各線三宮駅より徒歩５～８分

令和４年１月７日（金）までにお申込み下さい。

申込先：兵庫県医師会業務２課
ＦＡＸ：０７８－２３１－８１１３