

第11回 自賠償研修会 参加申込書

(R5. 2. 25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5年2月17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