

東京医科大学医師会 健康スポーツ医実地研修申込書

日 時 : 平成 31 年 3 月 16 日(土) 14 時 00 分 ～ 17 時 10 分

会 場 : 東京医科大学病院 本館 6 階 第 2 会議室(講義)

7 階 心臓リハビリテーションセンター(実地)

受付番号

ふりがな		性 別	男 ・ 女	
氏 名		生年月日	T. S. H.	年 月 日生 満 () 歳
住 所	郵便番号	—		電話番号 ()
所属医師会				
医師免許証	第	号	S H 医籍登録 年 月 日 年 月 日	
日医健康スポーツ医登録番号		第 号		
日医健康スポーツ医認定有効期限		平成 年 月 日		
診 療 科 目	1. 小児科 2. 内科 3. 外科 4. 整形外科 5. その他 ()			

(注) *氏名は修了証の発行に必要ですので、楷書ではっきりとご記入下さい。

*遅刻、早退の場合の単位は認められておりませんのでご了承下さい。

＜申 込 先＞

東京医科大学医師会 事務局

TEL 03-3342-6111 内線 5950・4027

FAX 03-3345-1437