

## 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：令和2年3月7日(土) 14時00分～17時10分

会場：東京医科大学病院 本館8階 会議室3(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 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 4513・4515

FAX 03-3345-1437