

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8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1・2 (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 (西暦)	年 月 日生		
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
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	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) *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 4511

FAX:03-3345-1437