

各種講演会受講申込書

下記の講演会を受講したいので申し込みます。

平成 年 月 日

| | |
|-------|--|
| 氏 名 | |
| 医療機関名 | |
| 郡市医師会 | |

参加希望される講演会に○印をつけてください。

| | | | |
|---|--|-----------------|--|
| 大腸がん精密検診に関する研修会 日時：1月14日（土）17：00 場所：県医師会館 4階 会議室 | | | |
| ①講習+実技 ※先着20名 | | ②講習+見学 ※上限なし | |
| 内科医会講演会 日時：1月21日（土）16：00 場所：県医師会館 5階 大ホール | | | |

FAX：0776-21-6641