東精診９月例会参加申込書(9/14 開催)

送信先： 東精診事務局　 FAX:03-6382-5956

―――――――――――――――――――――――――――――――――回答欄―――――――――――――――――――――――――――――――――

●ご氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ご所属先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●区分: □ 東精診 会員　　□ 東精診 賛助会員　　□ 非会員

●取得単位希望　　専門医:　有 ・ 無　　生涯教育:　有 ・ 無

●上記の先生以外で参加される方のお名前と職種をご記入ください

氏　名	職 種 (該当するものに〇をお付けください	**医師の方**で単位取得の希望がある 場合は〇をお付けください
	医師 ・ 看護師 ・ コメディカル ・ その他	専門医 ・ 生涯教育
	医師 ・ 看護師 ・ コメディカル ・ その他	専門医 ・ 生涯教育
備考		

●参加方法をお選び下さい。

会場参加
※web 配信はございません

※当日の急な参加も可能ですが、領収書発行の準備及び凡その人数把握の必要がありますので**なるべく事前に**ご連絡をお願いいたします。