

島根県医師会業務課 行 (FAX:0852-26-5509)

申込〆切：9月8日(月)

日医かかりつけ医機能研修制度 令和7年度応用研修会 第1回
受講申込書

【日時：令和7年9月21日(日)10:00～17:25 場所：島根県医師会館】

所属郡市医師会名	
医籍登録番号	
フリガナ	
氏名	
所属医療機関名	
生年月日(西暦)	
昼食希望 (〇を付けてください)	要 ・ 不要

※ 昼食を希望される場合は、昼食代1,000円を当日受付でお支払いください。