|  |
| --- |
| **令和７（２０２５）年度 地域医師のための生涯研修セミナー** |
| 所属医師会 | （**所属されておられる場合**ご記入下さい） |
| 専門科目 |  |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 発送先住所 | チェックして下さい　　　　自宅　　　　・　　　　勤務先 |
| 〒 |
| TEL／メールアドレス | TEL　 | **メールアドレス※** |
| 勤務先名 |  |
| 医籍番号／生年月日 | 医籍番号　　　　　　　　　　　　／生年月日　 |

**※ＷＥＢ受講登録をご希望されます場合は、**

**メールにてお申込み下さい。メールアドレスを登録致します。**

九州医療センター

地域医療研修センター　梶原　行

Mail：kajiwara.noriko.qx@mail.hosp.go.jp

Fax：092-847-8802（代表）

**令和７（２０２５）年度 年間受講　申込書**