医師研修会

**受 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| (施　設　名) |  |
| (施 設)住 所 |  |
| (施 設)TEL |  |
| (施 設)FAX |  |
| 申込み責任者 |  |

平成29年9月15日（金）開催の医師研修会受講申込みをします。

※Ａ、Ｂいずれかの欄に○印をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | 職種 | Ａ：研修会のみ参加（3,000円） | Ｂ：研修会と交流会に参加（8,000円） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

○　ご質問等ありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※　受講申込書は、9月1日(金)までにFAXいただければ幸いです。

　　ただし、定員になり次第締切りますのでご了承ください。

公益社団法人群馬県老人保健施設協会　事務局

TEL 027-233-0350　FAX 027-233-0599

E-mail gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp