

北海道プライマリ・ケア研究会第46回学術集会

参加申込書

参加希望の方は下記ご記入の上、FAXまたは郵送にてお申し込みください。

申込期限 平成19年10月17日(水) 必着

FAX 011-210-4514

郵送でのお申し込みの方

(送付先) 〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目 北海道プライマリ・ケア研究会宛

申込日 平成 年 月 日

医 籍 登 録 番 号 ( 医 師 の み )	
職 種	
フリガナ	
氏 名	
所 属 機 関 名	
所 属 機 関 住 所	〒  (TEL - - ) (FAX - - )
連 絡 先 住 所 ※所属機関住所と同じ場合は記載不可	〒  (TEL - - ) (FAX - - )

ご記載いただいた内容は下記にのみ使用いたします。

- 受講者名簿の作成
- 北海道医師会認定生涯教育講座及び日本プライマリ・ケア学会専門医・認定医単位申請手続き