

※印旛市郡医師会会員のみ、ご記入をお願いいたします。

また、単位取得申請には医籍登録番号・生年月日の記載が必須となりますので、必ずご記入ください。

芳名録にご記入いただいた内容は、学術申請以外には使用致しません。

日本医師会生涯教育講座芳名録（受付時記名用様式）

講演会名「」

別紙 1

会場名：

開催日： 年 月 日（ ） : ~ :

| | 地区医師会名 | 医療機関名 | 氏名 | 医籍登録番号 ※出欠登録に必要となりますので記載をお願いいたします。 | 生年月日 ※必ず西暦より記載下さい。 |
|----|---------|-------|----|---------------------------------------|-----------------------|
| 1 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 2 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 3 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 4 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 5 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 6 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 7 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 8 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 9 | 印旛市郡医師会 | | | | |
| 10 | 印旛市郡医師会 | | | | |