

令和6年度群馬県医師会産業医研修会

受講申込書

氏名

群馬県医師会 会 員 ・ 会 員 外 （どちらかを○で囲んで下さい。）

所属都市医師会
(会員のみ)

勤務先

連絡先住所

〒

電話番号

FAX番号

※受講希望の時間帯、昼食の注文希望の有無につき○印を付して下さい。

時間	受講希望記入欄	備 考
①9:00-10:30		
②10:40-12:10		
昼食の希望の有無 (○印があれば注文いたします。)		
③13:00-14:30		
④14:40-16:10		

※申込み締め切り日：11月29日（金）。但し定員に達し次第締め切りとさせていただきます。

※なお、お申込みをいただいたのち、こちらからお申込み受理のご連絡は特にいたしません。
県医師会より連絡が無い場合は、お申し込みは受理されていますので予めご了承ください。

送信先：群馬県医師会 FAX 027-231-7667