

お手数ですが、ご記入の上 2 月 10 日（金）までに本会医療福祉課宛 E メールまたは F A X によりお申し込み
下さいますようお願いいたします。

東京都医師会医療福祉課 行

E メール：iryofukushi@tokyo.med.or.jp / F A X：03-3292-7097

平成 年 月 日

平成 2 8 年度 地域包括診療加算・地域包括診療料に係る かかりつけ医研修会
受 講 申 込 書

日 時：平成 2 9 年 2 月 2 6 日（日）1 0：0 0～1 7：3 0

会 場：東京都医師会 2 階講堂（別添地図参照）

※ 医籍登録番号をお伺いいたしますので、ご用意下さいますようお願いいたします。

《受講者》

医師会への加入状況 いずれかを○で囲んでください。	・ 東京都医師会（ _____ 医師会） ・ 他道府県医師会（ _____ 県, _____ 医師会） ・ 未加入
生 年 月 日	西 暦 年 月 日
フリガナ	
氏 名	
性 別	
所属医療機関名	
所属医療機関住所	〒
所属医療機関電話番号	

- ◆ 受 講 票 受講票は発行いたしません。当日は直接会場（東京都医師会館 2 階講堂）にお越しください。
- ◆ 受 講 料 東京都医師会（地区医師会）会員・・・・・・無料
他道府県医師会（郡市区医師会）会員・・・・・・5,000 円
医師会未加入医師・・・・・・10,000 円
※ 受講料は、研修会当日、受付にて徴収させていただきます。
- ◆ 当日の昼食のご用意はございません。各自をお願いします。
- ◆ 全講義受講者に限り、修了証書が交付され、後日、本会より地区医師会に送付いたします。
- ◆ 定員（200 名程度）を超えた場合、東京都医師会会員を優先させていただきます。受講をお断りさせていただきます場合がございます。その際は、東京都医師会より受講申込者に直接ご連絡いたします。