

お手数ですが、ご記入の上、ご郵送にてお申し込み下さいますようお願いいたします。

地区医師会会員の方は、ご所属の地区医師会にお申し込みください。

平成 年 月 日

平成29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

【テレビ会議】

受講申込書

日時：平成29年7月30日（日）9：55～17：30

会場：東京都医師会2階講堂（別添地図参照）

《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） ・未加入
医籍登録番号	
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	

◆受講料 東京都医師会（地区医師会）会員・・・・・・・・無料

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。各自でお願いします。

◆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（先着250名程度）を超えた場合、受講をお断りさせていただく場合がございます。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。