

## 「日医かかりつけ医機能研修制度 令和5年度応用研修会」 受講申込書

日時 8月27日(日) 10:00~17:25 ※宮崎県医師会館 受付9:30~

以下に記入してください。

1. 受講方法 ※ご希望のほうに☑をご記入ください	<input type="checkbox"/> 宮崎県医師会館での受講  <input type="checkbox"/> 日本医師会館での受講
2. 氏名	
3. 医療機関名	
4. 医籍登録番号	※非会員のみ
5. 生年月日	※非会員のみ
6. 「受講案内」送付住所 (日本医師会館での受講を ご希望の方のみ記載)	医療機関へ送付を希望の場合は記入不要
7. 託児ルーム (日本医師会館での受講を ご希望の方のみ記載)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※1. 受講定員に達した際は、お断りさせていただく場合がございます。

- ・宮崎県医師会館：90名
- ・日本医師会館：宮崎県医師会員10名

※2. 日本医師会館での受講をお申込みいただいた方は、8月中旬に日本医師会が発行する「受講案内」を本会から郵送でお送りいたします。研修会当日、ご提示いただきますようお願いいたします。

※3. 日本医師会館での受講をお申込みいただいた方で、託児ルームを希望される場合、対象は小学校低学年までとなっていますのでご注意ください。