

令和6年度学校保健研修会参加申込書

令和 年 月 日

新潟市医師会長 様

(FAX 025-247-8836)

学校保健研修会に参加します

医療機関名

参加者氏名

メールアドレス

@

医籍登録番号

(生涯教育の一括申請に利用いたします。ご記入お願いいたします。)

※ 申込締切 9月19日(木)