

令和5年 県眼科メディカルスタッフ講習会受講申込書

令和5年眼科メディカルスタッフ講習会受講の申込みをします。

※受講者名は修了証に印字するお名前になります。楷書で丁寧に記入してください。

受講者名	性別	生年月日	勤務年数	現住所
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日		〒 TEL.
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日		〒 TEL.
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日		〒 TEL.
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日		〒 TEL.
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日		〒 TEL.
フリガナ	男・女	昭和 平成 年 月 日		〒 TEL.

上記の者は本院に勤務していることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関長名

所属長名

(県眼科医会会員)

印

所在地

郵便番号

TEL.

FAX.

※病院の場合は医療機関長名と眼科部長名の両方を記入してください。

郵便番号、電話番号はもれのないよう注意してください。

受講票とテキストは入金確認後発送となりますので、受講料を振込にて送金された方は下記事項を必ずご記入ください。

振込日 月 日

振込人名義

振込金額

取扱金融機関

..... 銀行・信用金庫・信用組合・農協 支店より振り込みました。