**Fax：０３：３５４１-０７５８**

**第４４回温泉療法医教育研修会申込書**

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | （会員番号：　　　　　　　） | 男・女 | 西暦　　　　　　年  　月　　日生　　歳 |
| 勤務先  所　属 | （〒　　　　　） | | |
| 連絡先  住　所 |  | TEL：  FAX： | |
| E-mail |  |  | |
| 最　終  学　歴 | （　　　　年卒業） | 医　師  免　許 | 年　　月所得  科  　　No. |
| 会員歴 | 未入会  既会員（　　　　年度入会） | 受講歴 | 初　回　・　再受講 |

＊会員番号や入会年度などはご記入いただかなくても大丈夫です。

備考欄

　下記□にチェックをお願い致します。

**領収証の宛名**　□①氏名のみ　　　□②所属先のみ　　　□③所属先と氏名

　所属先が上記と違う場合：　