

福岡県医師会地域医療課宛
(FAX:092-411-6858)

※会場参加希望者のみ、こちらの用紙を使用して下さい。

令和 5 年度福岡県医師会医業経営セミナー

【会場参加者 申込用紙】

△日 時 令和 6 年 3 月 26 日 (火) 19 : 00 ~ 20 : 00

△会 場 福岡県医師会館 5 階大ホール (福岡市博多区博多駅南 2 - 9 -30)

1. フリ ガナ
氏 名 : _____

2. 生 年 月 日 : _____

3. 所属医療機関 : _____

4. 職 種 : (医師・看護師・事務・その他 (____))

5. 医師の方のみお答え下さい。

医師会会員 (所属医師会 : _____)

医籍登録番号 : _____