**京都府医師会地域医療１課（母体保護担当：堀）行【FAX：075-354-6097】**

**母体保護法指定医師研修会申込書**

**と　き　平成31年１月19日（土）**

**ところ　京都府医師会館２階212・213会議室**

**（京都市中京区西ノ京東栂尾町６）**

**※申込締切：平成31年１月７日（月)**

**※研修会当日、本人確認のため、受付にて身分証明証（運転免許証等）の提示をお願いいたします。**

**※母体保護法指定医師研修会受講証は、遅刻・早退者には発行いたしません（開始10分経過後は、受講証引換券をお渡しいたしません）。また、紛失時の再発行はいたしませんのでご留意ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　　名** |  |
| **生年月日** |  |
| **所属都道府県医師会****※該当医師会に○をしてください。** | **１．兵庫県医師会****２．大阪府医師会****３．滋賀県医師会****４．奈良県医師会****５．和歌山県医司会** |
| **所属医療機関名** |  |
| **所属医療機関所在地** | **〒** |
| **連　絡　先** | **TEL：****FAX：** |