令和元年度京都府糖尿病重症化予防対策人材育成研修会

問合せ　京都府医師会 地域医療２課（TEL：075-354-6113／FAX：075-354-6097）

受　講　申　込　書

会　場	**□Ａ日程（10 月 27 日）　　□Ｂ日程（12 月 15 日）**
職　種	□医師、□歯科医師、□薬剤師、□保健師、□看護師、□管理栄養士 ※薬剤師の方のみ下記に薬剤師免許番号を記載下さい。 □栄養士、□歯科衛生士、□介護支援専門員、□臨床検査技師、□理学療法士 □作業療法士、□臨床工学技士、□臨床検査技師、□介護福祉士、□臨床心理士 その他　（　　） ※職種のチェックは１つでお願いします。 当日は、お申し込み時の職種で受け付けをしていただきます。 ※薬剤師の方のみ以下に薬剤師免許番号、シールの要・不要を記載してください。 薬剤師免許番号　[　　] 日本薬剤師研修センターシール　　要　・　不要　（いずれか○）
ふりがな	
氏　名	
勤務先	
受講票 送付先	〒　　－
電話番号	
ＦＡＸ番号(＊)	

＊ＦＡＸ番号は必ず記入してください。受講いただけない場合はＦＡＸにて連絡を入れます。
＊１枚につき１名でお申し込み下さい。
＊多数の参加を見込んでおり会場内は大変狭くなることが想定されます。予めご了承下さい。

ＦＡＸ：０７５－３５４－６０９７

＊ＦＡＸ以外での申込は受付けておりません＊