

研修受講申込書

年 月 日

※複数人申し込む場合でも、申込書は一人ごとに記入してください。それぞれの方へ受講票をお送りします。

研修番号	研修日時	テーマ
例) 産 1	2025 年 5 月 22 日	●●●●
産	年 月 日	
産	年 月 日	
産	年 月 日	
産	年 月 日	
産	年 月 日	

※下記項目 a~i はすべて記入してください。漏れがある場合は受付できません。

a 所属医師会 [] 医師会

b 医籍登録番号

c 氏 名 ※フリガナを必ずご記入ください
(フリガナ)

d 生年月日 (西暦)

e 性別

年

月

日

☐ 男

☐ 女

f 医療機関名／所属名

☐ 所属なし

g メールアドレス (受講票の送付先) ※手書きの場合は、数字・アルファベット・記号の区別がつくようにご記入ください

h 電話番号

ご連絡をする場合があります。市外局番からご記入ください。

— —

FAX番号

— —

i 所在地 (市町村のみ)

☐ 市

☐ 町

☐ 村

※県外は都道府県名 ☐ 県外

※受講票は研修当日の約 1 週間前に上記メールアドレスに送付します。

●お申し込み先

原則Web フォームかメールでのお申し込みをお願いします

Web フォーム

<https://oitas.johas.go.jp/study-form/>

メール

info@oitas.johas.go.jp

FAX

097-573-8074

