

この参加申込書は、高知県内の医療機関関係者が対象です。
県外の方々のお申込みについては、所属の都道府県医師会にお問い合わせください。

FAX088-824-5705 高知県医師会事務局 行き
【4月20日(金)×切】

平成 30 年 月 日

第 14 回男女共同参画フォーラム 【参加申込書／保育室利用申込書】

フリガナ	
お名前	
性別	男性 ・ 女性
高知県医師会員	会員 ・ 非会員
※医籍番号 (生涯教育単位取得希望者のみご記入ください)	
業種	医師 ・ 研修医 ・ 医学生 ・ その他()
所属施設名	
保育室の要否	要 ・ 不要
懇親会(無料)	参加 ・ 不参加

〈保育室を利用するお子様の情報〉

No.	フリガナ お名前	性別	生年月日	(H30.5/26 現在) 年齢
①				
②				

〈保護者さまのご連絡先〉

TEL(携帯番号)	() -
-----------	-------

※本フォーラムへの参加により、日本医師会生涯教育制度の単位が取得できます。
基調講演 1 単位 (カリキュラムコード 3 医療倫理：研究倫理と生命倫理)、シンポジウム・総合討論 1.5 単位
(カリキュラムコード 0 その他) の合計 2.5 単位。取得希望の方は医籍番号のご記入をお願いします。
※会場に保育室を設けます(無料)。利用希望の方は、お子様に関する情報等を必ずご記入ください。