

平成 年 月 日

高知県医師会事務局 行

平成 30 年度自賠責保険研修会参加申込書

施設名：

役 職	氏 名

恐れ入りますが、12月24日（月）までにご返送下さいますようお願い申し上げます。

※自賠責保険にかかわるご質問がございましたら、ご記入下さい。

--

【問い合わせ先】

〒780-8514

高知市丸ノ内1丁目7番45号

高知県医師会 担当：西森

TEL088-824-8366 FAX088-824-5705