

# 国保診療施設管理者研修会出席報告書

診 療 施 設 名	
-----------	--

職 名	氏 名	道医師会 会 員	医籍登録番号
		会 員 ・ 非会員	
		会 員 ・ 非会員	
		会 員 ・ 非会員	

※ 会員・非会員のいずれかを○で囲んで会員の場合は、医籍登録番号も記載ください。

※ 出席につきましては、「出席者名簿」に職氏名を掲載し、研修会出席者に配布いたしますのでご了解願います。なお、「出席者名簿」への掲載を辞退される場合は、下記を○で囲んでください。

- ・ 「出席者名簿」への掲載を辞退します。

申込締切      平成30年 2月 23日（金）

申 込 先      〒060-0062  
 札幌市中央区南2条西14丁目  
 北海道国民健康保険団体連合会  
 総務部 保健事業課 保健活動支援係  
 TEL(011)231-5161(内1310) タ`イ`ル`ン(011)231-5443  
 FAX(011)231-5178  
 E-mail: hokenjigyoka@hokkaido-kokuhoren.or.jp

※ご記入いただきました情報は、名簿・本研修会実施報告書の作成のみに使用いたします。