

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。