



FAX 022 — 266 — 1480

宮 城 県 医 師 会 行

宮城県損害保険医療協議会自動車・自賠責保険研修会

参加申込書

平成 年 月 日

医療機関名	
会 員 名	[他スタッフ 名]
連 絡 先	〒 TEL FAX

※お手数ですが、開催前日まで、本会あて FAX にてお申込願います。

※受講申込みで取得する個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。