

受講申込書

和歌山県眼科医会 殿

和歌山県眼科医会主催の平成27年度眼科コメディカル講習会に受講申込みいたします。

平成27年 月 日

よみがな (ローマ字で)	
受講者氏名	印
生年月日	年 月 日生

テキスト『医療従事者のための眼科学』医学書院（価格¥3,456）について
< 持っている >、 < 当日購入する > (○でかこんでください)

身分証明欄

上記受講者は、当医療機関に勤務するものであり、眼科コメディカル講習会の受講を承認いたしました。

病医院住所

病院名

院長または所属長名

印