# FAX　03-5684-5521

労災保険情報センター　労災医療部 労災医療支援室　行

## 労災診療費算定実務研修会　参加申込書・参加届※

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 受講希望会場<br>（希望会場に✓） | | □　筑　豊 会場　平成 30 年 10 月 16 日（火）14：00～16：00<br>□　筑　後 会場　平成 30 年 10 月 17 日（水）14：00～16：00<br>□　北九州 会場　平成 30 年 11 月 13 日（火）14：00～16：00<br>□　福　岡 会場　平成 30 年 11 月 14 日（水）14：00～16：00 | | | | | |
| 受講希望人数 | | 名 | | | | | |
| 労 災 指 定<br>医療機関番号 | | 4 | 0 | | | | |
| 医療機関の | フリガナ | | | | | | |
| | 名　称 | | | | | | |
| | TEL | | | 担当者名 | | | |

※参加届‥‥本状を会場受付にて「参加届」として再度提出して下さい。

**参加申込締切**　　**筑 豊 ・ 筑 後会場**　　**９月２８日（金）**
　　**福岡・北九州会場**　**１０月３１日（水）**

定員に達した場合のみ、お断りする医療機関には、ご連絡をいたします。