

日医かかりつけ医機能研修制度 令和7年度応用研修会

受講申込票

開催日時：9月21日（日）午前10時～午後5時25分

開催場所：津市桜橋2丁目191-4「三重県医師会館」

下記に必要事項をご記入いただき、9月5日（金）【必着】までに三重県医師会（FAX：059-225-7801）へお申込ください。

フリガナ	
氏 名	
医 籍 登 録 番 号	No.
生 年 月 日	西暦でご記入ください 年 月 日
所属郡市医師会	
医療機関名又は施設名	

（個人情報の取り扱いについて）

- ・日本医師会は、本会が定める個人情報保護方針に則り収集した個人情報を取り扱います。
 - ・日本医師会および本会は、本研修会の受講申込に際して得た個人情報につきましては、本研修会の運営に関してのみ使用いたします。
 - ・本研修会の受講履歴を「MAMIS（医師会会員情報システム）」にて登録・管理いたします。日本医師会および本会（県下郡市医師会）は、本研修会の円滑な運営のために必要があると認めるときは、受講者のために必要な範囲で、MAMISの管理者アカウントもしくはMAMISの当該受講者のアカウントを利用してMAMISにログインし、データ登録およびその他必要な処理を行います。予めご了承ください。
- なお、当該処理により、各医師会が行った操作の結果は、当該利用者に帰属します。