

(参加者用控)

財団法人日本消化器病学会
専門医更新単位登録票
JDDW 教育講演[8 単位]

参加者記事 (太線枠内のみご記入下さい)

出席日 (必須): 西暦 2011 年 10 月 23 日

会員番号: 08661

フリカナ ヲリカ ナ
氏名 (必須): 塚本和彦

生年月日 (必須): 西暦 1951 年 9 月 22 日

雑誌送付先郵便番号および住所 (必須)

〒 989 - 0245

宮城県白石市城南1-2-29

注意:

- ※ この用紙は複写式になっていますので、専門医更新単位登録確認印が捺印されるまでバラバラにしないで下さい。
- ※ 複写式のため、記入の際にはボールペンにて確実に 2 枚目に複写されるようにして記入して下さい。サインペン等のやわらかい筆記具は使用不可。
- ※ 記入に際しては、楷書体で丁寧に記入して下さい。
- ※ 専門医更新単位登録確認印のないもの及び氏名・生年月日などの記載事項が本会に登録されてあるものに合致しない場合は、専門医更新単位として正常に登録がされない場合があります。

専門医更新単位登録確認印

