**日本医師会生涯教育講座　単位付与申請希望 FAX用紙**

**□　福岡県医師会会員　　□　医師会非会員　　□　県外会員**

**講習会名：第12回　福岡県透析医学会学術集会・総会**

**学会URL: https://gakkai-hp.com/fsdt12th/**

**ふ り が な**

**御　氏　名**

**医籍登録番号**

**生年月日(西暦)　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日**

**ご所属の施設名**

**ご施設のご連絡先(TEL)　　　　　　―　　　　　　　―**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**連絡先：九州大学病院　腎疾患治療部　山田俊輔　TEL: 092-642-5843**

**FAX: 092-642-5846**

**注意事項：日本医師会生涯教育講座の単位ご希望の先生は、上記必要事項をご記入の上、**

**九州大学病院　腎疾患治療部にファックス(092-642-5846)をお願いします。**

**電子メールでご連絡いただける場合には、**[**yamada.shunsuke.944@m.kyushu-u.ac.jp**](mailto:yamada.shunsuke.944@m.kyushu-u.ac.jp)**に**

**ご返送ください。**

**(第12回福岡県透析医学会学術集会は日本医師会生涯教育講座3.5単位を取得可能です)**