

日本医師会認定健康スポーツ医学再研修会 参加申込書

日 時：令和8年3月7日（土）14時30分～16時45分

会 場：新潟県医師会館 3階 大講堂

開催方式：ハイブリッド形式（現地会場参加およびWEB参加の併用）

参加をご希望される方は、①二次元コードより必要事項をご入力、②以下の必要事項をご記入のうえFAX等送信、のいずれかの方法にて2月27日（金）までに、お申込みください。

①二次元コードからのお申込み



②FAX等からのお申込み【送信先 新潟県医師会業務課 FAX：025-224-6103】

所属施設名		
住 所	〒 TEL FAX	
(ふりがな) 氏 名	(職種)	
メー ル	ID・パスコードのほか、変更事項等をご連絡させていただく場合がありますので、 <u>ご確認いただけるメールアドレスを記載ください。</u> ⇒メールアドレスは、誤りやすい文字（英小文字の l（エル）と数字の 1（イチ）など）には、ルビを振ってください。 E-Mail _____	
参 加 申 込 ※ご希望の 参加方法へ ☐をお付け ください	【参加方法】 ☐ ①現地会場（新潟県医師会館）での参加を希望する ☐ ②Web 会議システム(Zoom)での参加を希望する	
単 位 取 得	日本医師会認定健康スポーツ医学再研修単位 (単位取得を希望される場合は、右欄へ○印を付してください)	(単位要)

- ※ 1 現地会場の参加申込が定員を超えた場合は、人数を調整させていただきます。
調整が必要な場合は、ご連絡いたします。
- ※ 2 Web 会議システム (Zoom) での参加を希望される方は、後日 ID・パスコードをご指定のメールアドレスへ連絡いたします。
- ※ 3 Zoom ID・パスコード等は、メール (gyoumu@niigata.med.or.jp) より送信いたしますので、本アドレスからのメールを受信できるよう設定をお願いいたします。
(自動的に迷惑メールフォルダに振り分けられている場合があります。)