

(様式1)
認定医講習会の受講申請書
〈更新〉

申請日 年 月 日

受講証番号	
ふりがな	
氏名	
勤務先	
勤務先住所	〒
電話	
F a x	
自宅住所	〒
電話	
F a x	
E - m a i l	
連絡先	勤務先 自宅 (○をおつけ下さい)

認定医講習会の受講申請を更新される方は、本用紙を下記事務局にFAXにてお送りの上、更新料をお振り込みください。

更新料振込先 郵便振替口座 00140-4-317477 一般社団法人日本獣医皮膚科学会

日本獣医皮膚科学会事務局

〒174-0051 東京都板橋区小豆沢2丁目9番19号 株式会社タスポ内

TEL：03-5916-4162 FAX：03-5916-4163 E-mail：info@jsvd.jp