

# 募 集 コ ー ナ ー

## 第25回広島県医師会勤務医ゴルフ大会

恒例の勤務医ゴルフ大会を下記の要領で開催致します。  
多数のご参加をお待ちしております。

- と き 平成19年5月6日(日)
- と ころ 賀茂カントリークラブ(東広島市高屋町大字高屋東4102 TEL 0824 34 1234)
- 競技方法 18ホール ストローク・プレー、ダブルペリア方式、個人戦及び団体戦(地区別)
- 参加資格 広島県医師会勤務会員
- 参加費 3,000円(懇親会費は含むがプレーフィーは別)
- プレー代 プレーフィー&飲食等全て込み 20,000円
- 申込方法 下記参加申込書に記入のうえ、参加費を添えて申し込み下さい。
- 締 切 平成19年4月13日(金)
- 申込・問合せ 〒733 8540 広島市西区観音本町1丁目1 1 広島県医師会勤務医ゴルフ大会係  
TEL (082)232 7211 FAX (082)293 3363 E-MAIL gaku@hiroshima.med.or.jp

### 第25回広島県医師会勤務医ゴルフ大会 参加申込書

FAX 082 293 3363

フリガナ		
氏名		
診療科目		
所属地区 医師会名		
勤務先		
勤務先住所	〒	
	TEL	
E-mailアドレス	@	
生年月日	大・昭 年 月 日生	
ハンディ キャップ	(組み合わせのため、オフィシャル最高を、オフィシャルの無い方はプライベートの最高を記入して下さい。)	
レッスン希望	希望する・しない	レッスン内容
希望欄	(組み合わせ等)	

参加費 3,000円を添えて申し込み下さい。(注:キャンセルされても返金致しません。)



# 第12回 広島県医師 クラブ対抗テニス大会

(経理課)

**日時** 平成19年4月30日(月・祝) 9時集合  
**場所** リョーコートテニスクラブ

広島市西区観音新町3丁目7番22号 TEL (082) 233 1184

(五日市 IC から草津・沼田有料道路経由約20分)

**試合形式** ・団体ダブルス対抗戦 ・雨天の場合は室内コートで行います  
・1団体3ダブルス編成(6~8人登録) ・A・Bクラス別で行う場合もあります

**参加資格** 医師および配偶者

**参加費用** 一人3,000円(弁当、参加賞を含みます)

**表彰** ブロック毎の優勝チームに賞品授与 懇親会はありません

**申込み** 下記の申込書に必要事項を記載の上、**4月13日(金)までに**広島県医師会経理課(吉武)宛に FAX にてお申込み下さい。 TEL 082 232 7211 FAX 082 293 3363  
後日ドロー表は各チーム代表者にお知らせします。

## 第12回 広島県医師クラブ対抗テニス大会 参加申込書

<チーム名> \_\_\_\_\_

<責任者> \_\_\_\_\_

<連絡先> 医療機関名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

<メンバー表>

No	氏 名	医療機関名等 所属	性別
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

# 平成19年度 第35回広島県臨床検査精度管理調査の実施について

広島県医師会  
広島県臨床検査技師会

- 1. 測定実施日 平成19年11月7日(水)～
- 2. 試料送付日 平成19年11月6日(火)～7日(水) 到着予定
- 3. 回答締切日 平成19年11月12日(月) 必着
- 4. 参加対象施設 医療機関又は臨床検査センター等(食品衛生検査所を除く)
- 5. 検査項目 (1) 臨床化学検査 (4) 形態学検査  
(2) 臨床血液検査 ①一般検査 ②病理検査 ③細胞診検査  
(3) 臨床免疫・輸血検査 ④血液検査 ⑤生理検査 ⑥微生物検査
- 6. 参加費 無料
- 7. 参加申込方法 申込票にご記入の上、平成19年5月31日(木)までに、下記宛てにお申し込みください。  
(郵送又はFAX)

〒733 8540  
 広島市西区観音本町1 1 1 広島県医師会内 臨床検査精度管理調査委員会  
 TEL : 082 232 7211 FAX : 082 293 3363 E-mail : chiiki@hiroshima.med.or.jp

FAX : 082 293 3363

広島県医師会 地域医療課 行

## 平成19年度 第35回 広島県臨床検査精度管理調査申込票

\*参加希望項目に 印をつけてください。

(1) 臨床化学検査		施設名 :  〒  住 所 :  TEL :  FAX :  担当部署名 :  担当者役職 :  担当者氏名 :	
(2) 臨床血液検査			
(3) 臨床免疫・輸血検査			
(4) 形態学検査	① 一般検査		
	② 病理検査		
	③ 細胞診検査		
	④ 血液検査		
	⑤ 生理検査		
	⑥ 微生物検査		

広島県医師共済会会員の皆様へ

## 広島県医師共済会グループ保険(第2グループ)

### 「加入促進キャンペーン(掛金補助制度)」の実施ならびに加入資格の変更について

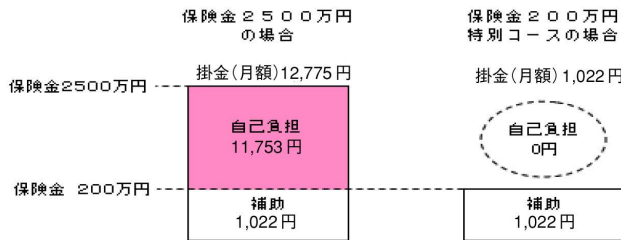
「広島県医師共済グループ保険制度」につきましては、発足以来割安で、より幅広い保障をご提供して参りましたが、更に当制度を維持発展させるために、期間限定の「加入促進キャンペーン(掛金補助制度)」を実施することとしました。

#### キャンペーン内容

59歳6ヶ月以下(平成19年7月1日時点)の会員様について、新規にご加入頂いた場合、**保険金200万円相当の掛金を平成20年6月まで当共済会より補助**させて頂くこととなりました(配偶者は補助の対象外となります)

したがいまして、今回新設の保険金200万円の特別コースにご加入いただいた場合、キャンペーンの掛金補助により平成20年6月までは掛金のご負担なくご加入頂けます。

(55歳男性のご加入例) 掛金額は概算月額です



ご病気・事故等により万一の場合、保険金があらかじめご指定頂いた受取人様へ、保険会社より直接支払われます。(高度障害時も同額)

#### お 申 込

FAX : 082 293 3363 (または3364) 広島県医師共済会 事務局 行

広島県医師共済会の「広島県医師共済グループ保険」について、下記に を付けて下さい。

1. 内容を詳しく聞きたい
2. 新規加入申込をしたい

貴病医院名

会員ご氏名

ご連絡先電話番号

( 病院 ・ 自宅 ・ 携帯 )

- -

連絡先 : 広島県医師共済会 事務局 (担当 : 島田) TEL 082 232 7211

幹事会社 : 日本生命保険相互会社 広島総合法人部 (福永・林) TEL 082 246 1451