

令和4年度 多職種連携研修会 『会場』 参加申込書

高松市医師会 行

FAX：831-2215

会場への参加を希望される方は、お手数ですが事前に以下の項目を記入し、FAXで令和5年2月3日（金）までにお申し込みくださいますようお願いいたします。

※感染予防対策のため、先着100名までといたします。

なお、感染状況によっては、参集を中止する場合がございますのでご了承の程よろしくをお願いいたします。

（中止の場合のみ、FAXにて参集中止のご連絡をいたします。）

ふりがな		
氏名		
所属先		
職種		
連絡先 (連絡が付きやすいもの)	— —	
メールアドレス	@	
FAX番号		
参集が中止の場合、オンライン参加に変更 (該当に○印)	可能	不可能

お問合せ先

(一社)高松市医師会 事務局 担当 真鍋

TEL：087-831-2208

FAX：087-831-2215

MAIL：zaitaku i @takamatsu-med.com