

令和5年度 多職種連携研修会参加申込書（FAX用）

高松市医師会 行

FAX：831-2215

参加を希望される方は、お手数ですが、以下の項目を記載のうえ、FAXで令和6年1月31日（水）までにお申し込みくださいますようお願いいたします。

なお、名刺・情報交換会に参加希望の方は、名刺をご持参くださいますようお願いいたします。

ふりがな		
氏名		
所属先		
所属先住所	〒	
職種		
連絡先 (連絡が付きやすいもの)	— —	
メールアドレス	@	
名刺・情報交換 ※どちらかに○	参加する	参加しない

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：manabe@takamatsu-med.com