

地域医療連携講演会 参加申込書

【申込み方法】

1. FAXの場合：参加者情報欄に必要事項をご記入の上、下記のFAX番号までお申し込みください。
2. E-mailの場合：参加者情報を下記のE-mailアドレス宛にお送りください。
3. スマートフォンの場合：下記のQRコードを読み込み、「こくちーず」のサイトからお申し込みください。

【参加者情報】

*所属の欄は、該当のところにチェック(✓)をご記入ください。

ふりがな お名前	ご住所	TEL / E-mail	所属
	〒		<input type="checkbox"/> 市民 <input type="checkbox"/> 歯科関係 <input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他
	〒		<input type="checkbox"/> 市民 <input type="checkbox"/> 歯科関係 <input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他
	〒		<input type="checkbox"/> 市民 <input type="checkbox"/> 歯科関係 <input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他
	〒		<input type="checkbox"/> 市民 <input type="checkbox"/> 歯科関係 <input type="checkbox"/> 医療職 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> その他

FAX

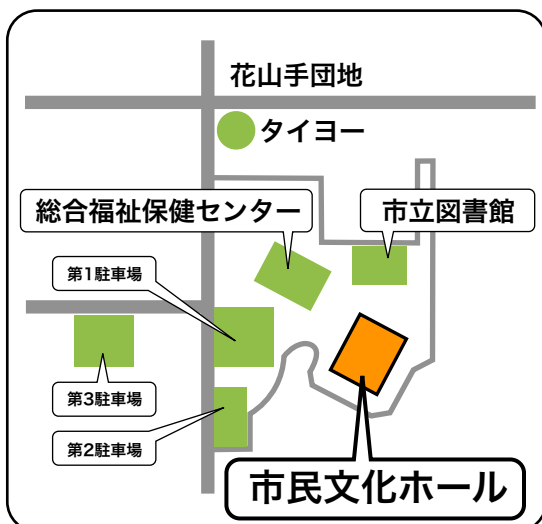
E-mail

こくちーず

0985 - 24 - 2852

shaho@mbox.made.ne.jp

QRコードからお申し込みください



会場

宮崎市民文化ホール
イベントホール

〒880-0930
宮崎市花山手東3丁目25-3
TEL : 0985-52-7722

主催：一般社団法人 宮崎市郡歯科医師会

〒880-0021 宮崎市清水1-12-2 / TEL 0985-24-2789