**別紙①**

**令和3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4年2月４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30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****（連絡がつきやすいもの）** | 　　　　　　　　―　　　　　　　　　　― |
| **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****（該当に〇印）** | 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：　zaitakuｉ@takamatsu-med.com