送付先：香川県医務国保課　医療政策グループ　曽川　あて

別紙２

mail：xg6572@pref.kagawa.lg.jp

 FAX：087-806-0248

　申　込　書

１　参加申込者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所　属　機　関　名 | 職　種 | 当日参加用メールアドレス | ふりがな |
| 氏　名 |
| １ |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |
|  |

（注意事項）

※４月４日（火）までにご返送をお願いいたします。

２　取りまとめ担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 |  |
| 担当者部局課室名 |  |
| 担当者名（ふりがな） |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

※これらの情報は、当該研修会に関する事務にのみ利用し、その他の目的には利用いたしません。