別紙①

**参加申込FAX専用**

**令和5年度 第1回医療介護連携ミーティング参加申込書**

高松市医師会　行

**ＦＡＸ：８３１－２２１５**

FAXでお申込みの方は、**令和5年5月23日（火）**までに、下記をご記入の上、

お申し込み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** |  |
| **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** |  |

**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@takamatsu-med.com