**別紙①**

**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15日（月）１７時**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よろしくお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　名** |  |
| **所属先** |  |
| **所属先住所** | 〒　　　 |
| **職　種** |  |
| **連絡先****（連絡がつきやすいもの）** | 　　　　　　　　―　　　　　　　　　　― |
| **メールアドレス** | 　　　　　　　　　　　　　＠ |
| **名刺・情報交換　※どちらかに〇** | 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