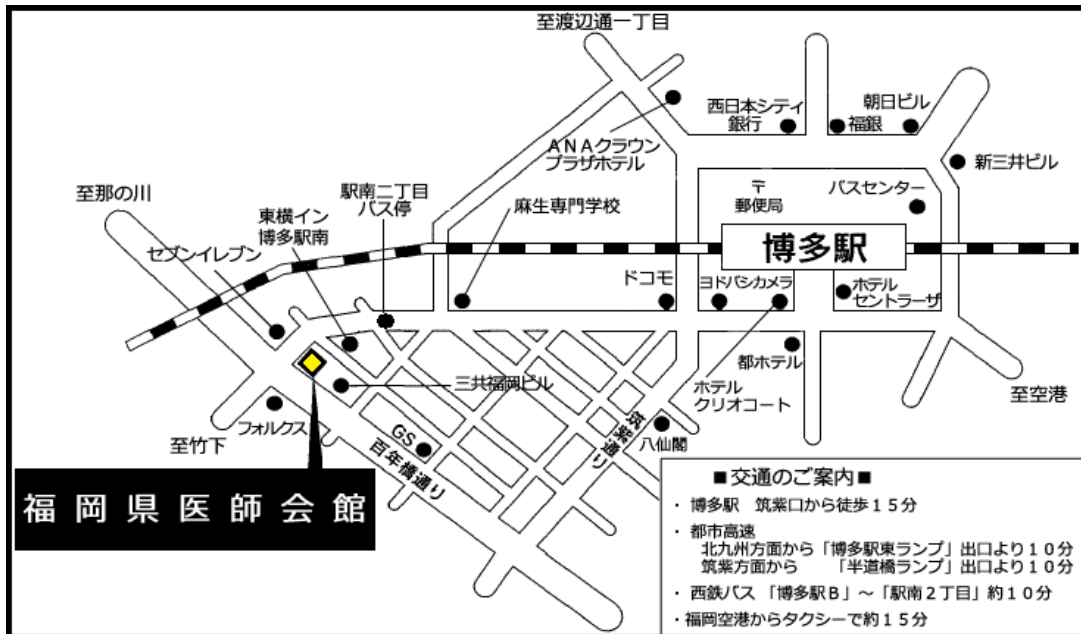


## 『福岡県医師会医療情報講演会(IT フェア)』参加申込書

日時：令和5年9月30日（土）15:00～17:00（機器展示 14:00～）

場所：福岡県医師会館5階

ふりがな		生年月日	_____年__月__日
氏名		医籍登録番号	
		医師会会員	( ) 医師会・非会員
所属機関名			
	E-mail		
	Tel :		



※申込み締切 令和5年9月22日（金）

※展示会のみのご参加は、申込みの必要はありません。

**【問い合わせ先】**

福岡県医師会地域医療課 重松、藤木

TEL 092-431-4564 FAX 092-411-6858

E-mail [fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp](mailto:fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp)