

※会場で受講される方のみ、こちらの用紙を使用して下さい。

第1回かかりつけ医等発達障がい者地域包括支援研修
(ハイブリッド開催)

【会場参加者 申込用紙】

△と き 令和6年1月27日(土) 14:00～18:00

△ところ 福岡県医師会館5階大ホール
(福岡市博多区博多駅南2-9-30)

1. フリ ガナ
氏 名 : _____

2. 生 年 月 日 : _____

3. 所属機関先 : _____

4. 職 種 : (医師・看護師・その他 (_____))

5. 医師の方のみお答え下さい。

ア・医師会会員 (所属医師会 : _____)

イ・医師会非会員

医籍登録番号 : _____

6. 住 所 : 〒 _____

※ (ご記入いただいた住所に修了証書を送付いたします。)