

※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2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3月29日(金) 19:00~21:00

△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。)