

福岡県医師会地域医療課宛
(FAX:092-411-6858)

※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。

令和7年度かかりつけ医心の健康対応力向上研修（ハイブリッド形式）

【会場参加者 申込用紙】

△ところ 福岡県医師会館5階ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

1. 参加日: 令和7年12月9日(火)・12月17日(水)

※両日参加の場合は、両日とも○をお願いします。

2. 氏名 :

3. 生年月日: _____

4. 所屬機關先：_____

5. 職種：(医師・看護師・その他 ())

6. 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 : _____

7. 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。)

—
—