

ことはじ
福岡在宅医療 事始め (中級編) 【会場参加者用 申込書】

1	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	医籍登録番号	
	所属医師会	
	所属機関名	
	職種	病院管理者・診療所管理者・勤務医・看護師・その他医療従事者 介護従事者・事務・その他()
連絡先 (TEL)		
2	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	医籍登録番号	
	所属医師会	
	所属機関名	
	職種	病院管理者・診療所管理者・勤務医・看護師・その他医療従事者 介護従事者・事務・その他()
連絡先 (TEL)		

参加申込

〆切：令和8年2月13日（金）

(1) 会場参加の場合

上記申込書により、①福岡県医師会宛にFax (092-411-6858) 又は
②右記の二次元コードよりお申込みください。



(2) Web参加の場合

URL (https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_Lwzo4bhIQcGxnIuixfRokQ)
又は右記二次元コードより申込みください。



会場のご案内▶

【お問合せ先】

福岡県医師会地域医療課

〒812-8551

福岡市博多区博多駅南2-9-30

Tel : 092-431-4564

Fax : 092-411-6858

E-mail : fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp



福岡県医師会