

『福岡県医師会 第1回医療情報講演会』 参加申込書

△開催日時：令和8年6月9日（火）19:00～20:30

△開催形式：①会場：福岡県医師会館5階大ホール

②ZOOMウェビナーによるWeb配信

<会場参加の場合>

本申込書により本会宛てFAX（092-411-6858）にてお申込みいただくか、
以下URL又は右記QRコードよりお申込みください。

（URL：https://forms.gle/ZYkxdYgMTsJjXFyRA）



ふりがな		医籍登録番号	
氏名		医師会会員	() 医師会・非会員
		職種	医師・医師以外
所属機関名			



〒812-8551

福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

福岡県医師会館5F

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

<Web参加の場合>

以下のURL又は右記QRコードよりお申込みください。

（URL：https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_ZLs3FzC-Re6af070n7cwXQ）



【お問合せ先】

福岡県医師会地域医療課 藤木

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

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

※申込み締切：令和8年6月1日（月）