福岡県医師会地域医療課　行　　ＦＡＸ　　０９２－４１１－６８５８

『福岡県医師会　地域包括ケア推進講演会』会場参加申込書

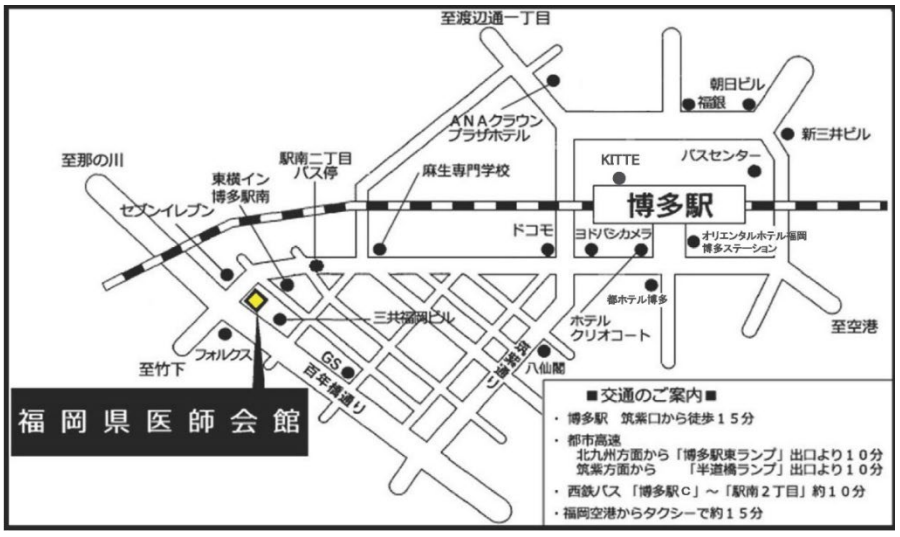
△開催日時：令和８年12月18日（金）19:00～20：30
△開催形式：①会場：福岡県医師会館５階大ホール
②ＺＯＯＭウェビナーによるＷｅｂ配信

＜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又は右記二次元コードよりお申込みください。
（URL：https://forms.gle/mPZ7YXhPS4XCJ2VE8）

ふりがな		生年月日	＿＿＿＿＿年＿＿月＿＿日
氏名		医籍登録番号	
		医師会会員	（　　）医師会・非会員
医療機関名			
医療機関所在地			
連絡先	ＴＥＬ：		
	メール：		

※申込み締切：令和８年12月10日（木）



〒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