

第13回 高知市医師会市民フォーラム 参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ令和4年1月28日(金)必着として、

高知市医師会事務局へご持参いただくか、ご郵送またはFAXでお送り下さい。

※お電話でのお申し込みは受け付けておりませんのでご了承ください。

ふりがな 氏名		年齢	歳	性別	男・女
連絡先	ご住所(〒 -)				
	電話番号				
ご職業					
質問、ご要望					

以下スタッフ記入欄

参加証No.	
--------	--

【注意事項】

- 応募者多数の場合は抽選とさせていただきます。抽選の結果は参加証の発送(2月7日(月)頃予定)をもって代えさせていただきます。定員に達した場合や、新型コロナウイルス感染症の状況により開催中止となる場合は、高知市医師会ホームページにてお知らせいたします(個人へのご連絡はいたしませんので何卒ご了承ください)。
- 駐車スペースの確保ができませんので、当日は公共交通機関もしくは個人での送迎にてお越しください。
- 感染症対策には万全を期しておりますが、来場者の中で新型コロナウイルスの感染が判明した場合、参加者名簿を保健所等の公的機関に提出することがございます。お送りいただいた個人情報は、当フォーラムの運営目的以外では使用いたしません。

お問合せ・申込用紙送付先

〒780-0850 高知市丸ノ内1丁目7番45号

高知市医師会 市民との対話推進委員会 市民フォーラム係

TEL:088-824-8311 FAX:088-872-7262 (電話申し込み不可)

一般社団法人 高知市医師会 ホームページ

(詳細・開催状況の確認はこちらから)

<https://www.kochi-med.or.jp/>

QRコード

