（返信先：公益社団法人愛知県医師会医療業務部第２課　FAX　052－241－4130）

**令和４年度学校保健シンポジウム（令和５年３月５日（日）開催）参加申込書**

医療機関名：

医療機関住所 （〒　　　　－　　　　 ）

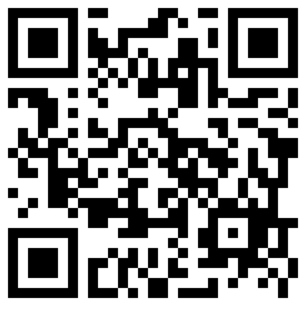
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　種 | （フリガナ）  氏　名 | 【医師のみ記入】  性別  どちらかに○を  お願いします | 【医師のみ記入】  医籍登録番号 | 【医師のみ記入】  愛知県医師会  会員・非会員  どちらかに○を  お願いします |
|  | （　　　　　　　） | 男性 ・ 女性 |  | 会員 ・ 非会員 |
|  | （　　 　　　　） | 男性 ・ 女性 |  | 会員 ・ 非会員 |
|  | （　　 　　　　） | 男性 ・ 女性 |  | 会員 ・ 非会員 |
|  | （　　 　　　　） | 男性 ・ 女性 |  | 会員 ・ 非会員 |

**令和５年２月３日（金）までに第２課宛（FAX：052-241-4130）**へご返送ください。

※記入欄が足りない場合は、お手数ですが、コピーしてご記入ください。

※参加申込み人数が会場収容人数を超えた場合は、抽選とさせていただきますのでご了承下さい。

※個人情報は本シンポジウム以外には使用いたしません。



左記のQRコードよりグーグルフォーム（申し込みフォーム）にアクセスし、お申込みすることも可能です。（ただし、１名毎の申し込みが必要となります）

担　当：医療業務部第２課

ＴＥＬ：０５２－２４１－４１３９

ＦＡＸ：０５２－２４１－４１３０

E-mail：chiiki\_2@aichi.med.or.jp