

愛知県糖尿病対策推進会議 学術講演会（令和6年1月27日（土））
参加申込用紙（会場参加用）

令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	
職種	1.医師 <input type="checkbox"/> 医師会員（地区名 ※名古屋市は区名を記入 <input type="checkbox"/> 非会員・県外会員 2.歯科医師 3.薬剤師 4.保健師 5.看護師・准看護師 6.管理栄養士・栄養士 7.歯科衛生士 8.製薬メーカー 9.その他（ ）
医籍登録番号 （医師のみ）	
勤務先名	
住所 （受講票送付先） <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	（〒 - ） TEL（ ） - FAX（ ） -

●インターネットからもお申し込みいただけます

【会場参加申込みフォーム】

<https://forms.gle/5x8eoXgT6BKtMh56A>



※申込締め切り：令和6年1月12日（金）

《注意事項》

- ※ 参加申し込み人数が定員を超えた場合は、抽選とさせていただきますのでご了承ください。
- ※ 受講票（抽選の場合は当落通知）は、開催日の概ね1週間前に郵送いたします。当日は受講票を必ずご持参ください。

お問い合わせ：愛知県医師会 医療業務部第2課

TEL：052-241-4139 FAX：052-241-4130 E-mail：chiiki_2@aichi.med.or.jp