

『福岡県医師会医療情報講演会』参加申込書

- △開催日時：令和6年12月14日（土）15:00～17:00
 （ITフェア（機器展示）14:00～）
- △開催形式：①会場：福岡県医師会館5階研修室
 ②ZOOMウェビナーによるWeb配信

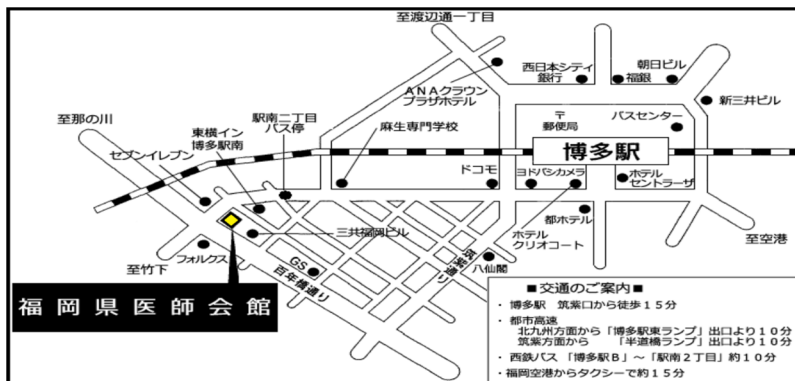
<会場参加の場合>

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/3XkbqvYbu9Rpxsri6>）



| | | | |
|-------|--------|--------|-------------|
| 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 |
| 所属機関名 | | | |
| 連絡先 | E-mail | | |
| | Tel : | | |



〒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_R_W98hZ5RpCxNVPQIXq5fQ）



※申込み締切：令和6年12月6日（金）

※展示会のみのご参加は、申込みの必要はありません。

【お問合せ先】

福岡県医師会地域医療課 重松、藤木

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

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