

※会場で受講される方のみ、こちらの用紙を使用して下さい。

令和6年度かかりつけ医心の健康対応力向上研修（ハイブリッド形式）

### 【会場参加者 申込用紙】

△ところ 福岡県医師会館5階ホール（福岡市博多区博多駅南2-9-30）

1. 参加日： 令和7年1月23日（木）・2月4日（火）

※両日参加の場合は、両日とも○をお願いします。

2. フリ 氏 名：<sup>フリ</sup> <sup>カナ</sup> \_\_\_\_\_

3. 生年月日： \_\_\_\_\_

4. 所属機関先： \_\_\_\_\_

5. 職種：(医師・看護師・その他(\_\_\_\_\_))

6. 医師の方のみお答え下さい。

ア・医師会会員（所属医師会： \_\_\_\_\_）

イ・医師会非会員

医籍登録番号： \_\_\_\_\_

7. 住所※（ご記入いただいた住所に修了証書を送付いたします。）

〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_