福岡県医師会地域医療課　宛

（FAX:092-411-6858）

**※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７年度予防接種に関する研修会（ハイブリッド開催）

**【会場参加者　申込用紙】**

△と　き　令和７年９月18日（木）19：00～20：00

△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．　 　：

２．生年月日（西暦）：

３．所属機関名：

４．職種：（医師・医療従事者（医師以外）・事務

・その他（　　　　　　　　　））

５．医師の方のみお答え下さい。

　ア・医師会会員（所属医師会：　　　　　　　　　　　）

医籍登録番号：

イ・医師会非会員

医籍登録番号：

６．所属機関住所：〒