

『福岡県医師会医療情報講演会』参加申込書

△開催日時：令和7年10月18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階大ホール

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/7RzkVUERGR86CJoQ9>）



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	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_4kf2tLe-S_Guf9n8RKM_QA）



※申込み締切：令和7年10月10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