福岡県医師会行 FAX 092-411-6858

『福岡県医師会 地域包括ケア推進講演会』 会場参加申込書

△開催日時: 令和7年12月23日(火)19:00~20:30 △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

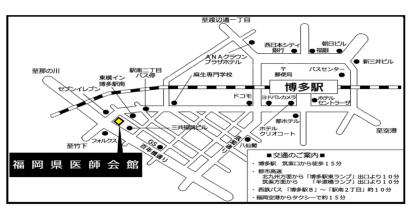
<会場参加の場合>

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 又は右記二次元コードよりお申込みください。



(URL: https://forms.gle/AhpQYts2dHJagwwV8)

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
事業所名			
事業所番号	(医療機関コード、介護保険事業所番号)※「40」から始まる 10 桁		
事業所所在地			
連絡先	TEL:		
	メール:		
その他	本講演会の受講者は、福岡県が行う「令和7年度在宅医療及び介護現場における利用者等からの暴力・ハラスメント対策研修会」(以下「県研修会」)の研修1(基礎研修及び専門研修)受講者としてみなされます。県研修会は、研修1及び研修2(法的研修)で構成されており、本講演会を受講し、今後、研修2の受講を希望されるかについて、以下のいずれかに〇を付けてください。 研修2の受講を希望する ・ 研修2の受講を希望しない		



〒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5 F

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

※申込み締切:令和7年12月16日(火)