

『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/AhpQYts2dHJaqqwV8>)

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○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5F

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

※申込み締切：令和7年12月16日（火）