**第37回高知県国保地域医療学会　参加申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・団体名等 |  | | | |
| 申込担当者 | 職名 |  | ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  |
| 電話番号 |  | | | |
| 登録メールアドレス |  | | | |
| 氏名（会議入室用） |  | | | |

　※オンライン参加用URLは上記登録メールアドレスへご案内いたします。

**参 加 者**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 名 | フリガナ  氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　**参加申込みは令和7年1月31日（金）まで**に、学会事務局へお申込みください。

　　［学会事務局］

　　　高知県国民健康保険団体連合会　保険者支援課事業健診係

TEL：088－820－8415　　FAX：088－820－8416

　E-mail：jigyo1@kochi-kokuhoren.or.jp