

FAX 送信先

092-791-6766

令和 8 年度 北九州市

在宅医療支援研修等 参加申込書(FAX)

下記にご記入のうえ、お申し込みください。お申込み後、申込内容の確認等のため、事務局よりご連絡する場合があります。

お名前	
ふりがな	
所属機関名	
職種	
電話番号	
メールアドレス	
参加希望メニュー	☐ 座学研修(10 月 24 日) ☐ 同行訪問診療研修(医師のみ) ☐ サポート面談(医師のみ)

※ 複数のメニューを選択いただけます。いずれか 1 つのみの参加も可能です。

※ 同行訪問診療研修・サポート面談は医師のみ対象です。

※ 座学研修を複数名でお申し込みの場合は、本用紙をコピーして参加者ごとにご記入ください。

ご連絡方法	☐ 電話 ☐ メール ☐ どちらでも可
-------	--

個人情報の取扱いについて

本申込書にご記入いただいた個人情報は、本事業の運営、参加者へのご連絡、研修・面談等の調整および本事業に関するご案内のために使用します。

☐ 上記の個人情報の取扱いに同意する(必須)

【お問い合わせ先】

主催：北九州市保健福祉局地域医療課

本事業受託者：株式会社 United Vision & Company

TEL:092-791-7070 / FAX:092-791-6766 / info@uvc.inc

(※お電話によるお問い合わせは、平日 9:00～18:00 で受け付けております。)