第33回島根県国保地域医療学会【参加申込書】

別紙２

所属団体：

担当部署：

担当者名：

電話番号：

Ｅ-mail ：

申込期限：**令和７年９月30日（火）**

個人情報の取り扱いに同意の上、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　名 | 氏　　名 | 参加方法（いずれかに〇を記入） | 弁　当（※１） | 備　考（※２） |
| 会場 | Web |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※１　弁当を1,200円で斡旋します。ご希望の方は「弁当」欄に○をご記入ください。なお、キャンセルされる場合は、前日15時までに必ずご連絡ください。当日キャンセルの場合は、代金をお支払いただきます。

※２　上記以外のメールアドレスへの送付を希望される場合や、複数ユーザでの参加を希望される場合は、備考欄に連絡先メールアドレスをご記入ください。

なお、１団体につき１ユーザの参加を原則としますが、申込ユーザーが多数　となった場合、別途調整させていただくことがありますので、予めご承知おきください。

【個人情報の取扱いについて】

ご記入いただいた出席者の情報は、当該学会の実施運営及び出欠の確認等に利用し、それ以外の目的での利用はいたしません。

　【提出先】

島根県国民健康保険団体連合会事業課

ＴＥＬ：（0852）21-2112

 　 ＦＡＸ：（0852）21-2164

　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｅ-mail：jigyou@shimane-kokuho.or.jp