**第33回島根県国保地域医療医学会【研究発表申込書】**

別紙４

所　　属：

記入者名：

申込締切：令和７年９月12日（金）

|  |
| --- |
| **演　題**　　※申し込み時点では、仮題でも結構です。 |
| **発表者**　職　名（ふりがな）　氏　名 |
| **共同研究者**　　※共同研究の場合に職名及び氏名をご記入ください。 |
| **発表者連絡先**TEL：FAX：E-mail： |

【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、プログラムの作成等に利用し、それ以外の目的での利用はいたしません。

なお、プログラムは、関係者に配付します。

【提出先・個人情報の取扱いに関する問い合わせ先】

島根県国民健康保険団体連合会　事業課保健事業係

〒690－0825　松江市学園一丁目７番14号

TEL：（0852）21-2112　FAX：（0852）21-2164

E-mail：jigyou@shimane-kokuho.or.jp