遠隔医療セミナー　申込書

御担当者様

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　参加の有無　（該当するものに〇を御記入下さい）

参加　・　不参加

２　参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属 | 職 | 氏名 | 参加方法 |
|  |  |  | WEB・現地 |
|  |  |  | WEB・現地 |
|  |  |  | WEB・現地 |
|  |  |  | WEB・現地 |
|  |  |  | WEB・現地 |

※複数人で１台のパソコン等で参加される場合も、全員分の氏名等を御回答下さい。

３　事前質問　（講師等への御質問がございましたら御記入下さい。※当日も質疑応答の時間あり）

〒790-8570　愛媛県松山市一番町４丁目４番地２

　愛媛県保健福祉部社会福祉医療局 医療対策課

　　救急・災害医療グループ　谷川

TEL：089-912-2450 FAX：089-921-8004

E-mail：iryotaisaku@pref.ehime.lg.jp