

第 3 2 回 島根県国保地域医療学会【参加申込書】

所属団体： _____

担当部署： _____

担当者名： _____

電話番号： _____

E-mail： _____

申込期限： 令和 6 年 9 月 30 日（月）

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○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。

なお、出席者名簿は、当日出席者に配付します。

【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：jigyoushimane@shimane-kokuho.or.jp