

送信先 新潟県医師会 業務課
F A X : 025-224-6103 メール:gyoumu@niigata.med.or.jp

在宅緩和ケア研修会参加申込書

日 時 令和7年3月2日(日) 13時～15時15分
会 場 新潟県医師会館 3階 大講堂
開催方法 ハイブリッド形式(現地会場参加およびWEB参加の併用)

参加をご希望される方は、以下の必要事項をご記入のうえ、2月19日(水)までに、
県医師会業務課宛てにFAX・メール等でお申し込みください。

所属施設名	
住 所	〒 TEL FAX
(ふりがな) 氏 名	(職種)
E-mail	※ID・パスワードのほか、変更事項等ご連絡させていただく場合もありますので、 ご確認いただけるアドレスを記載ください。 メールアドレスは、誤りやすい文字(英小文字のl(エル)と数字の1(イチ)等)には、 ルビを振ってください。 _____
参加方法 ※ご希望の 参加方法へ ☑をお付け ください。	<input type="checkbox"/> ①現地会場(新潟県医師会館)での参加を希望する <input type="checkbox"/> ②Web会議システム(Zoom)での参加を希望する

※1.貴施設から参加を希望される方のお名前、参加方法等をご記入ください。

※2.現地会場の参加申込が定員を超えた場合は、人数を調整させていただきます。
調整が必要な場合は、ご連絡いたします。

※3.Web会議システム(Zoom)で参加を希望される方は、後日ID・パスワードをご指定のメールアドレスへ連絡いたします。

※4.Zoom ID・パスコード等は、メール(gyoumu@niigata.med.or.jp)より送信いたしますので、本アドレスからのメールを受信できるよう設定をお願いいたします。
(自動的に迷惑メールフォルダに振り分けられている場合があります。)

※5.当日欠席される場合の連絡は不要です。また、当日のパソコン操作方法などに関するお問い合わせは対応いたしかねますので、あらかじめご了承ください。