

送信先 新潟県医師会 業務課

F A X : 0 2 5 - 2 2 4 - 6 1 0 3 メール:gyoumu@niigata.med.or.jp

主治医研修会参加申込書

日 時 : 令和7年2月16日(日) 14時~16時30分

会 場 : 新潟県医師会館 3階 大講堂

開催方式 : 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7日(金)までに、
県医師会業務課宛てにFAX・メール等にてお申込みください。

所属施設名	
住 所	〒 TEL FAX
(ふりがな) 氏 名	(職種)
E-mail	ID・パスコードのほか、変更事項等をご連絡させていただく場合もありますので、 <u>ご確認いただけるメールアドレスを記載ください。</u> ⇒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。 E-Mail _____
参加申込 ※ご希望の 参加方法へ ☑をお付け ください	【参加方法】 <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 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。

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

※3 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。)