

令和6年度学術講演会 参加申込票

参加を希望される方は、以下の所定事項をご記入のうえ、県医師会業務課あてに
FAX（025-224-6103）等によりご返信ください。

*定員超過のため人数調整の必要が生じた場合にのみご連絡をさせていただきます。

*事前に本会より人数調整の連絡が無い場合は、当日会場にご参集ください。

氏 名	
所属医療機関名	
住所・連絡先	(〒 -) TEL : - - FAX : E-Mail :
参加会場 (希望の会場を○で 囲んでください)	1. 厚生連佐渡総合病院 5月25日(土)14時30分～16時30分 2. 長岡市医師会館 7月20日(土)15時～17時 3. 上越医師会館 9月7日(土)15時～17時 4. 新潟県医師会館 9月21日(土)15時～17時