

長野県移行期医療支援センター行き

FAX：0263-34-6589

令和4年度 長野県移行期医療シンポジウム
参加申込書

お申込み締切：令和5年1月29日（日）

※該当するものに○を付けて下さい。

氏名	
※	本人・家族・医療関係・教育関係・福祉関係・行政関係 就労関係・その他（ ）
電話番号	
E-mail <small>(会場参加の方もご記入ください)</small>	@
参加方法 ※	会場参加 ・ WEB参加

個人情報は、必要な事務連絡のみに使用し、他の目的で使用しません。

<会場参加ご希望の方へ>

- ・申し込み後こちらからの連絡はありません。直接会場にお越し下さい。
- ・会場中止の場合は、ご記入いただいた連絡先のご連絡させていただきます。
- ・参加人数に限りがあるため、参加される方お一人ずつ申し込みをお願いします。
また、定員になり次第申し込みを締め切りますのでご了承ください。

<WEB参加ご希望の方へ>

- ・後日メールアドレスにご案内のメールを送らせていただきます。事前に下記メールアドレスからのメールを受信できるように設定をお願いします。
- ・WEB参加でも電話番号の記載をお願いします。メールが送れない場合など、ご連絡させていただきます場合があります。

【お申し込み先・お問い合わせ先】

長野県移行期医療支援センター（担当：北原）

TEL：0263-31-6312 / FAX：0263-34-6589

E-mail：ikouki@shinshu-u.ac.jp