

【FAX申込用様式】
送付先：099-286-5928

へき地診療所等オンライン診療実証モデル事業報告会（遠隔医療フォーラム） 参
加申込書

1 氏名

2 所属医療機関名

3 所属医療機関所在市町村

4 職種

5 メールアドレス

6 電話番号（御記入いただいたメールに御連絡できない場合に使用します。）

7 参加形態 「対面」「オンライン」のいずれかでご記載ください。

第1希望

第2希望

※対面参加の受付は、先着順となります。

※後日回答いただいたメールアドレス宛てに詳細について御連絡します。

※御回答いただいた内容については、本報告会に係る事務のみに利用し、それ以外の目的では利用いたしません。

※オンラインで参加できるのは、第一部までとなります。