

# FAX番号 0584-77-6185

## 地域医療連携室 行

### 大垣徳洲会病院 4月医療講演会

# 参加申込書

ご希望の会場にチェックをお願いします。 ※複数申込可

揖斐会場 大垣徳洲会病院 養老会場 大垣会場 関ヶ原会場 垂井会場

ふりがな		性別	男・女
氏名		年齢	歳
住所	〒		
電話番号			
参加者人数 (本人含む)	人		
ふりがな		性別	男・女
同行者氏名①		年齢	歳
ふりがな		性別	男・女
同行者氏名②		年齢	歳
当院の講演を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 新聞のチラシ <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> あくあねっと <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 医療講演会( 月 日) <input type="checkbox"/> その他( )		

当日、講師に聞いてみたいことや質問がございましたらご記入ください。  
(※すべてのご質問にお答えできない場合がございます。ご了承ください。)

- 申込者多数の場合は、受付を締め切らせていただく場合がございます。申込が完了した方には、後日、申込確認票をお送りしますので、当日ご持参ください。
  - ご記入いただいた個人情報は厳正に管理し、第三者には一切提供いたしません。
  - 講師の都合などにより、講師、演題が変更となる場合がございます。
  - 岐阜県西濃地域に気象警報が発表された場合、また当日警報解除となった場合でも、安全を考慮して開催中止とさせていただきます。
  - 変更・中止の場合は、当院ホームページ「お知らせ」にて、ご案内いたしますので、ご確認お願い申し上げます。
- ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。