

参加希望の方は下記の項目を記載の上、

FAXにてお申し込み下さい。

※FAX送信が出来ない場合は、下記内容をハガキに記載して、ご連絡下さい。

FAX:043-246-3142

(千葉県医師会地域保健課 行)

千葉県医師会県民公開プログラム参加申し込み用紙

参加費無料

<平成29年11月5日(日)>

●会場 ホテルポートプラザちば2階ロイヤル

※足りない場合はコピーしてお使いください。

お名前	お住まいの市町村	ご職業

代表の方の連絡先（お名前： _____ ）

〒 _____

住所： _____

TEL: _____ FAX: _____

※万が一、中止や参加希望者が多く抽選等となった場合等の緊急時に使用させていただきますので、必ずご記載下さい。それ以外には使用いたしません。

特にご返信はいたしません。

当日、会場までは公共交通機関にて、お越し下さいますよう、お願い申し上げます。

==== 問い合わせ先・ハガキ送付先 =====

〒260-0026

千葉市中央区千葉港4-1 千葉県医師会地域保健課 宛

TEL:043-242-4271(代)