高知医療センター地域医療センター

地域医療連携室　澤田 宛

FAX　088-837-6701

●第3５回高知医療センター外科グループ手術症例検討会

　　　　　　　　　　（令和6年8月7日（水）開催）FAX申込書

◇希望される参加方法を選んで○をつけてください。

1.　高知医療センターくろしおホールで聴講

2.　zoom（ウェビナー）で聴講

◇会場へ来られる方は、お名前、医療機関名、お電話番号を記載してください。

Zoomで参加される方は、すべて記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前 |  | 医療機関名 |  |
| お電話番号 |  | | |
| メールアドレス |  | | |

◇何かご質問等ございましたら、ご記入ください。



事前の招待メール送信処理が必要なため、申込は7月31日（水）までにお願いします。

※ZOOM(ウェビナー)での聴講を希望される方には、後日ウェビナー登録用のURLをお送りしますので、お手数ですが再度氏名等の登録をお願いします。参加URLは登録完了後にお送りさせていただきます。

←左の二次元コードからもお申込み可能です。