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29回高知医療センター内科症例検討報告会

　　　　　　（令和7年5月15日（木）開催）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

なお、後日アーカイブにて視聴を希望される方は、下記に〇をつけてください。

アーカイブ視聴を　　　　　　・希望する　　　　　　　　　　　　・希望しない

◇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 |  |
| メールアドレス |  | | |
| お電話番号 |  | | |

※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**５月9日（金）まで**にお願いします。