地域医療構想調整会議・地域保健医療対策協議会

様式

傍聴申込書

　傍聴を希望される場合は、当様式により、今後の開催予定に掲載の開催区域の窓口に電子メール又はＦＡＸにてお申し込み下さい。

　希望者多数の場合は、先着順とさせていただきますのでご了承ください。

　なお、定員に達しない場合、当日、会議場において先着順で受け付けます。

１　傍聴希望会議

|  |  |
| --- | --- |
| 開催区域 |  |
| 開催日時 |  |
| 場所 |  |

２　傍聴希望者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 連絡先  （電子メール  又はFAX） |  |