

お申込みは、申し込みフォームへのご入力、又はFAXでお申込みください

お申込み先



FAX 058-278-2871

障がい児者医療推進係：向井・田口 宛 締切：令和4年2月4日(金)

申し込みフォーム

第7回東海三県小児在宅医療研究会 参加申込書

申込者所属 (施設名など)	
申込者 連絡先	(住所) 〒 -
	TEL FAX
	メールアドレス(視聴用アドレス、ルーム入室用のID及びパスワードをお送りするため、必ず記載ください。)
(フリガナ) 出席者氏名 ・ メールアドレス	1 (職種:)
	2 (職種:)
	3 (職種:)
	4 (職種:)
	5 (職種:)
ご連絡事項	

当日の視聴方法

研究会の前日までに、研究会の配信ツールのID及びパスワードをメールでお知らせします。パソコン、タブレット、スマートフォン等の端末にてアクセスいただき、ご視聴ください。