

第 2 4 回 北海道国保地域医療学会出席報告書

| | |
|-----|--|
| 施設名 | |
|-----|--|

| 職名 | 氏名 | 道医師会 会 員 非会員 | 医籍登録番号 | 情報交換会 出・欠 | 摘 要 |
|----|----|--------------------|--------|--------------|-----|
| | | 会 員 非会員 | | 出・欠 | 可・否 |
| | | 会 員 非会員 | | 出・欠 | 可・否 |
| | | 会 員 非会員 | | 出・欠 | 可・否 |
| | | 会 員 非会員 | | 出・欠 | 可・否 |
| | | 会 員 非会員 | | 出・欠 | 可・否 |

医師が出席の場合は、会員・非会員の別、医籍登録番号を記載願います。
 また、情報交換会の出・欠欄につきましても を記載願います。
 参加者につきましては、「参加者名簿」に職氏名を掲載し、学会参加者に配付いたしますのでご了知願います。
 なお、「参加者名簿」の掲載については、摘要欄該当箇所(可・否)を で囲んでください。
 出席される場合のみご提出ください。

申込締切 令和元年6月10日(月)

送付先 〒060-0062
 札幌市中央区南2条西14丁目
 北海道国民健康保険団体連合会
 総務部 保健事業課 保健活動支援係
 TEL(011)231-5161(内線1310)
 FAX(011)231-5178