**第２３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** | **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　　平成３０年６月４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**