**第２５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** |
|  |  | **会　員****・****非会員** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **会　員****・****非会員** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **会　員****・****非会員** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **会　員****・****非会員** |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **会　員****・****非会員** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ご連絡先メールアドレス（必須）** |  |

※　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。

※　ご連絡先メールアドレスにつきましては、本学会がZoomによるWeb開催のため、後日ID及びPW等をご連絡するために使用いたしますので必ずご記載願います。

※　出席される場合のみご提出ください。

**申込締切　　令和３年６月１０日（木）**

**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 地域医療支援係**

**ＴＥＬ（０１１）２３１－５１６１（内線1321）**

**ＦＡＸ（０１１）２３１－５１７８**