**北海道国保診療施設連絡協議会研修会**

**出席報告書**

|  |  |
| --- | --- |
| 診療施設名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　名 | 氏　　名 | 名簿掲載可　　　否 |
|  |  | 可 ・ 否 |
|  |  | 可 ・ 否 |
|  |  | 可 ・ 否 |

※　出席者につきましては、「出席者名簿」に職氏名を掲載し、研修会出席者に配布いたしますので、名簿掲載可否欄のいずれかに○を付してください。

１．締切日　　**平成30年10月26日（金）**

２．申込先　　〒060-0062

　　　　　　　北海道札幌市中央区南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　担当：稲葉

　　　　　　　TEL 011-231-5161(代表)・011-231-5443(ﾀﾞｲﾔﾙｲﾝ)

　　　　　　　FAX 011-231-5178

 E-mail hokenjigyoka@hokkaido-kokuhoren.or.jp