令和６年度第２回下関市医療対策協議会

（令和６年度第２回下関医療圏地域医療構想調整会議）

【令和７年１月１４日（火）開催】

傍　聴　申　込　票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所 　 属 | 役　　職 | 氏 名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**傍聴申込受付締切　令和７年１月８日(水)**

　申込受付は先着順とさせていただきますので、お早めにお申込みください。

会場の都合上、上記期間中にお申込みされましても、申込多数の場合は、前日までにお断りのご連絡をすることがございますので、あらかじめご了承ください。

【記入者】　　　　令和　　年　　月　　日

所　　　 属

氏　　　 名

　電 話 番 号

【送付先】下関市保健部地域医療課

ＦＡＸ　　０８３－２３１－１７１９

メールアドレス　smbyoink@city.shimonoseki.yamaguchi.jp

　※右の二次元バーコードからもお申込みいただけます。