|  |
| --- |
| **ＦＡＸ送信票**高知県安芸福祉保健所　健康障害課　武内あて  **FAX ０８８７－３４－３１７０　メール miyu\_takeuchi@ken4.pref.kochi.lg.jp** |

別紙

安芸圏域歯科衛生士向け災害対策研修会お申し込み用紙

どちらかに○を

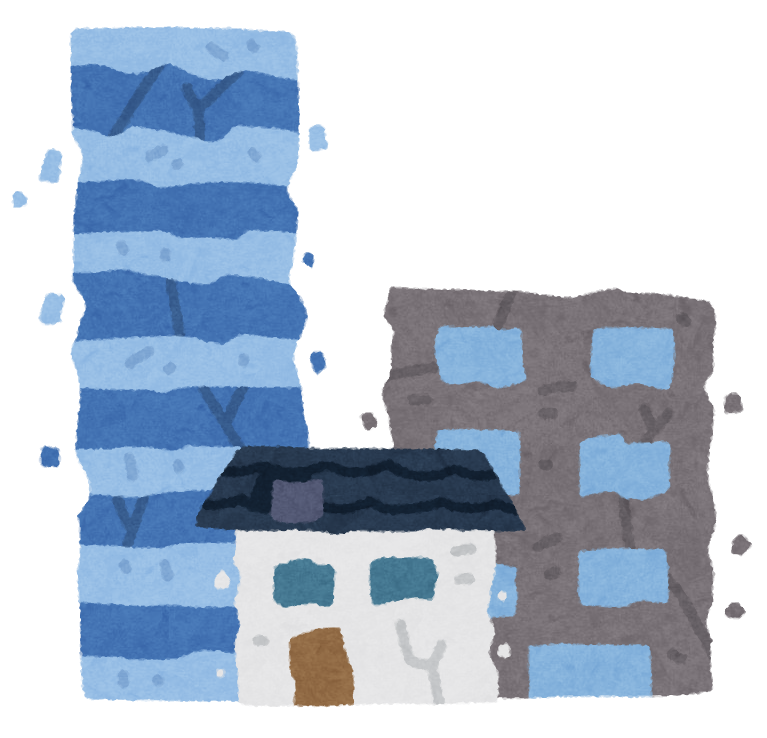
お願いします。



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 勤務先 | 受講方法 | メールアドレス |
|  |  | 会場 WEB  ・ |  |
|  |  | 会場 WEB  ・ |  |
|  |  | 会場 WEB  ・ |  |
|  |  | 会場 WEB  ・ |  |
|  |  | 会場 WEB  ・ |  |

**＜メールアドレス記載のお願い＞**

　会議はWEB会議システム（Zoom）を使用して行います。事前にミーティングIDや当日資料等を送付する必要がありますので、**WEBで視聴される場合はメールアドレスの記入をお願いします。**

**令和６年 ３月６日（水）までにFAXまたはメールにて**

**ご提出ください**