

令和 2 年度茨城県医師協同組合教育情報研修会 参加申込書

茨城県医師協同組合 事務局 行

FAX : 029-284-1056
E-mail:office@ibaikyo.or.jp

下記の通り参加申し込みいたします。

医療機関名			
参加者氏名			
職 種	医師 ・ 事務職 ・ その他 ()		
TEL		FAX	
E-mail	(ZOOM の招待メール等送付させていただきますので必ずご記入ください)		
質問事項	(講師の先生へのご質問事項等を事前に承ります。)		

○ZOOM を使用した研修会のため、対応した機器及びネット環境が必要となります。

【お問い合わせ・お申し込み先】

茨城県医師協同組合

〒310-0852 水戸市笠原町 489

TEL : 029-243-5537 / FAX : 029-284-1056

E-mail : office@ibaikyo.or.jp