



送信先ファクシミリ番号  
0857-29-1578

3月13日（水）

「医療機関の働き方改革に関する法改正に

向けた説明会」参加申込書

医療機関名 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_

連絡先 TEL \_\_\_\_\_

平成31年3月13日（水） 13時25分～15時00分		
会 場		出席される会場に○印をして下さい
1. メイン会場（西部医師会館）		
2. サブ会場（鳥取県医師会館）		
3. サブ会場（中部医師会館）		
職氏名  (5名以上ご参加 いただく場合は、 この用紙をコピー してください)	職名	氏名
	職名	氏名

【通信欄】