

送信先 FAX 025-224-6103 新潟県医師会業務課あて

令和7年度学術講演会 参加申込票

参加を希望される方は、以下の所定事項をご記入のうえ、県医師会業務課あてに FAX（025-224-6103）等によりご返信ください。

* 主会場の参加申込が定員超過のため人数調整の必要が生じた場合はご連絡をさせていただきます。

事前に本会より人数調整の連絡が無い場合は、当日主会場にご参集ください。

* Web 会議システム (Zoom) で参加を希望される方は、後日 ID・パスコードを連絡いたします。

氏 名	
所属医療機関名	
住所・連絡先	(〒) TEL : — — FAX : — — Web 会議システム(Zoom)で参加を希望される方は、ID・パスコードをお知らせいたしますので、送付先のアドレスを記載ください。 メールアドレスは、誤りやすい文字(英小文字のl(エル)と数字の1(イチ)等)には、ルビを振ってください。 E-Mail : _____
参 加 会 場 (希望の会場の参加 方法を○で囲んで ください)	1. 厚生連佐渡総合病院 5 月 31 日 (土) 14 時 30 分～16 時 30 分 主会場での参加 Web(Zoom)での参加 2. 長岡市医師会館 7 月 12 日 (土) 15 時～17 時 主会場での参加 Web(Zoom)での参加 3. 上越医師会館 7 月 19 日 (土) 15 時～17 時 主会場での参加 Web(Zoom)での参加 4. 新潟県医師会館 8 月 23 日 (土) 15 時～17 時 主会場での参加 Web(Zoom)での参加