

傍 聴 申 込 書

会 議 名	<input type="checkbox"/> 南空知保健医療福祉圏域連携推進会議 <input type="checkbox"/> 南空知保健医療福祉圏域連携推進会議地域医療構想専門部会 <input type="checkbox"/>
氏 名	(ふりがな)
住 所	
電 話 番 号	
勤 務 先 (所属団体)	
そ の 他 ※傍聴に当たり、配慮が必要な事項があれば記載してください。	<input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 介助者同伴（介助者氏名： _____） <input type="checkbox"/> その他配慮が必要なこと _____

【申込先】

〒068-8558 岩見沢市8条西5丁目

北海道空知総合振興局保健環境部保健行政室（北海道岩見沢保健所）企画総務課

電 話：0126-20-0101

F A X：0126-22-2514

※会議開催日の7日前までに、F A Xにより申込をお願いします。