

発熱外來說明会 申込書

① 受講希望日（9月14日、15日、17日のいずれか）

ご希望日を丸で囲んでください（いずれの開催日も同一の内容です）

第1希望：・9月14日　・9月15日　・9月17日
・どの日程でも可

第2希望：・9月14日　・9月15日　・9月17日

予備日（9月18日）※に開催した場合の出席：　　可　・　不可

※応募者が多数となり会場の収容人数（各回120名）を超える場合に開催予定

② 受講希望者

1. 所属・氏名： _____

2. 所属・氏名： _____

※ 会場スペースの都合上、各医療機関1名または2名までの参加をお願いいたします

③ 医療機関情報

1. 医療機関名： _____

2. 担当者氏名： _____

3. メールアドレス（必須）： _____

4. FAX番号（メールアドレスがない場合必須）： _____

5. 電話番号： _____

☆お申込みについて

- ・本申込書に必要事項をご記入の上、下記の提出先まで、EメールまたはFAXにより、お申込みください。
- ・Eメールによるお申込みの場合は、件名を「発熱外來說明会参加申込み」とし、上記①～③の内容をご記入の上、提出先メールアドレスまで送信してください。
- ・受講日の決定後、上記③にご記入のメールアドレスあてにご連絡いたしますので、**必ずメールアドレスのご記入をお願いいたします。（メールがない場合のみFAX可）**
- ・ご不明な点は、担当まで、お電話でお問い合わせください。

◎提出先：Eメールの場合： iryouseisaku@city.sapporo.jp

FAXの場合　： 011-622-5168

◎提出締切：**令和2年9月9日（水）17時15分まで**

◎問い合わせ先：札幌市保健所医療政策課（TEL:622-5162）

※ 申込書の様式は、以下のアドレスからもダウンロード可能です、

<http://www.city.sapporo.jp/hokenjo/f4imuyaku/f77tuuti/tuutilistimu/2/questionnaire.html>