　　　令和３年　　月　　　日

**ながさき医師募集説明会　参加申込書**

**(兼FAX送信票)**

|  |
| --- |
| **ながさき地域医療人材支援センター　あて**  **FAX番号**　095-819-7379 |

下記のとおり説明会への参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **開催日** | **１２/４(土)** |
| **希望時間**  **(希望枠内の前半後半で**  **ご連絡いたします)** | **14～15時　　15～16時　　16～17時　　17～18時**  　　　　　　　　　　　　　※いずれかに〇をしてください |
| **氏　名　(ふりがな)** |  |
| **年　齢** |  |
| **住　所**  **(市区町村までの記入で結構です)** | 〒 |
| **緊急連絡先**  **(当日の緊急連絡のための電話番号)** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **発信元ＦＡＸ番号** |  |
| **特記事項**  **(事前のご質問など)** |  |