傍聴申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 会議名 |  上川中部圏域地域医療構想調整会議 （　　　　年　　月　　日開催分） |
| 氏　名 | （ふりがな） |
| 住　所 |  |
| 電　話 |  |
| メールアドレス(メールでの連絡を希望する場合) |  |
| 勤務先（所属団体） |  |
| その他傍聴にあたって、配慮してほしい事項があれば記載願います。 | □ 車いす使用あり□ 介助者あり（介助者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他配慮してほしい事項 |

【申込先】

〒０７９－８６１０　旭川市永山６条１９丁目１番１号

北海道上川総合振興局保健環境部保健行政室（北海道上川保健所）

企画総務課企画係

電話：０１６６－４６－５９８０

ＦＡＸ：０１６６－４６－５２６２