

FAX送付先:088-880-2349

高知大学医学部附属病院心不全センター設立記念講演会

参加申込用紙 (FAX 用)

対象 県内医療関係者、県民の皆さま

開催日時 2023年2月11日(土) 14:00 ~ 15:40

開催方法 ちより街テラス ちよテラホール(先着100名様) および オンライン配信

申込方法 FAX または WEB の申込フォーム

(事前申込制ですが、当日、会場に空きがある場合は予約申込なしでご入場いただくことが可能です)

申込締切 2023年2月5日(日)まで

下記 URL あるいは右の QR コードからお申し込みいただけます。

参加お申し込み URL : <https://forms.office.com/r/Epwwtp9dkR>



FAX送付先:088-880-2349

参加者氏名 (必須)	参加方法 いずれかに○をしてくだ さい(必須)	配信先メールアドレス (オンライン配信の方のみ)	ご連絡先電話番号 (必須)
	会場・オンライン配信		
	会場・オンライン配信		
	会場・オンライン配信		
	会場・オンライン配信		
	会場・オンライン配信		