

参加ご希望の方は、下記のいずれかの方法でお申し込み下さい。

1. この用紙をコピーし、①～③を記入してFAX  
(回覧用チラシとなりますので、コピーの後、回覧板にお戻しください)
2. 別紙に①～③を記入してFAX
3. ハガキに①～③を記入して郵送

FAX : 0 4 3 - 2 4 6 - 3 1 4 2  
(千葉県医師会地域保健課 行)

## 千葉県医師会県民公開講座プログラム参加申し込み用紙

**参加費無料**

<平成26年11月3日(月)祝日>

●会場 ポートプラザちば2階ロイヤル

①氏名 : \_\_\_\_\_

※複数人参加される際は代表者の方のお名前をご記載下さい。

②参加人数 : \_\_\_\_\_人

③連絡先 : TEL : \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

※万が一、中止や参加希望が多く抽選等となった場合等の緊急時に使用させていただきますので、必ずご記載下さい。

特にご返信はいたしません。

(※参加希望が多く、抽選等になった場合にのみ、ご連絡いたします。)

当日、会場ポートプラザちばまでは公共交通機関にて、お越し下さいますよう、  
お願い申し上げます。

問い合わせ先・ハガキ送付先

〒260-0026

千葉市中央区千葉港7-1 千葉県医師会地域保健課 宛

TEL : 043-242-4271 (代)