**新型インフルエンザ等実地研修　参加申込書**

**【平成29年12月４日（月）　会場：福山市医師会館　4階　演習室】**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属機関・事業所名 |  |
| 事業所等の所在地（いずれかに○印） | 福山市　　　府中市　　　神石高原町　　それ以外の市町 |
| 連絡先 | 電話：　　　　　　　　　　ＦＡＸ：　　　 |
| 職　　種 | 名　　　前 |
|  |  |
|  |  |

* ご記入いただいた個人情報は，この研修会の実施目的のみに使用します。

**【会場案内図】**

****

**医師会館立体駐車場入口**

**駐車場は福山市医師会立体駐車場を御利用ください。**

**入口は南側となりますので，お間違いのないようお願いいたします。**

**（立体駐車場以外には駐車しないようお願いします。）**

　なお、ご利用の際は、駐車料金を無料にする認証処理をさせて頂きますので、　駐車券をご持参の上、研修会会場受付にて認証を受けてください。