

## 【送信先】

山口県医師会事務局医療課 行  
FAX : 083-922-2527

## 令和5年度第2回 JMAT やまぐち災害医療研修会 参加申込書

|                  |   |
|------------------|---|
| ご芳名              |   |
| 所属機関名            |   |
| ご住所              | 郵便番号:       —   |
| 職種               | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士<br><input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 行政関係者 <input type="checkbox"/> その他(                                ) |
| JMAT 事前登録の有無について | <input type="checkbox"/> 事前登録している <input type="checkbox"/> 事前登録していない  |
| 緊急連絡先            |   |