

**第 1 5 回 東京都福祉保健医療学会
シンポジウム
「東京 2 0 2 0 大会を見据えた感染症対策」
申込書 兼 参加票**

シンポジウムの申込みは、この様式に必要事項を記載し、
F A X またはメールで下記担当宛てにお送りください。

申込期限：令和元年 1 2 月 6 日（金曜日）

宛先：東京都福祉保健局総務部職員課

E-mail：S0000191@section.metro.tokyo.jp

F A X 番号：0 3 － 5 3 8 8 － 1 4 0 0

※区市町村職員及び東京都政策連携団体等職員は申込み不要です。

（ふりがな） 氏 名	
住 所 （区市町村名のみ）	区・市 町・村
電話番号	
E-mail	

* 参加無料。参加票の発行は行っておりません。本申込書をご持参ください。

* 定員（50名）になり次第、締め切らせていただきます。定員を超過した場合のみ、電話もしくは E-mail にて、ご連絡いたします。

* ご記入いただいた個人情報は、本シンポジウムの目的のみに利用させていただきます。