

県民公開講座

最期まで私らしく「生きる」ために

～アドバンス・ケア・プランニング(ACP)を一緒に考えてみませんか?～

参加申込書

日時 2024年12月15日(日) 14:00～16:30

会場 岩手県医師会館 4階ホール

◎下記申込用紙か申込フォームに必要事項をご記入の上、お申し込み下さい。

FAXでお申し込みの場合

岩手県医師会事務局

※申し込み締め切り12月10日(火)

宛先

FAX 019-654-3589

参加者が5名を超える場合はコピーしてご利用下さい。

フォームから
お申し込みの場合

申込期限:12月10日(火)17時



<https://forms.gle/vNKUJFMuhyak9H2q7>

参加者氏名(代表者名)		ご連絡先電話番号	
参加者のご所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他
参加者氏名		ご連絡先電話番号	
参加者のご所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他
参加者氏名		ご連絡先電話番号	
参加者のご所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他
参加者氏名		ご連絡先電話番号	
参加者のご所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他
参加者氏名		ご連絡先電話番号	
参加者のご所属	<input type="checkbox"/> 一般の方	<input type="checkbox"/> 医療関係者	<input type="checkbox"/> 介護福祉関係者 <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> その他
ご質問・ご意見			

※申し込みによって知り得た個人情報は、県民公開講座に関するご案内、ご連絡、参加登録のために利用いたします。知り得た個人情報を第三者に提供することはありません。
※掲載したご質問・ご意見の中から抜粋し、当日シンポジウムにてご回答いたします。

お問合せ (一社)岩手県医師会事務局 TEL019-651-1455 担当:熊谷・尻谷