

お申込み方法

会場参加の方

下記の会場参加申込書に必要事項を記入の上、FAX 送信

4 月 21 日 (火) 開 催 医 科 診 療 報 酬 改 定 新 点 数 説 明 会
会 場 参 加 申 込 書

宮崎県保険医協会 行 (FAX 0985-29-1256)

◇会員ご氏名 _____

◇医療機関名 _____

◇ご参加者 医師 _____ 名 スタッフ _____ 名

◇ご連絡担当者 _____

申込締切 4月6日(月) まで

WEB 参加の方

参加申込フォームによる申込

<https://forms.gle/pVwYbDctjg3T32NfA>



***** 申込から当日参加までの流れ ****

- ① 参加申込フォームを送信後、回答内容が記された自動返信メールがご入力されたメールアドレスに送信されます。自動返信メールが受信できましたら、申込完了となります。
- ② 4/10(金)以降に Zoom(no-reply@zoom.us)より参加用メールが送信されますのでご確認ください。開催1週間前までにメールが届かない場合は協会までご連絡ください。
- ③ 当日、事前に送られてきたメールのウェビナーに参加をクリックまたは参加用 URL をクリックしてご参加となります。ご視聴の際、氏名とメールアドレスが求められる場合がございます。その場合は、この申込みフォームにご入力した参加者氏名とメールアドレスをご入力ください。

申込締切 4月6日(月) まで