　医療福祉の地域創造会議事務局（医療福祉推進課内）行き

締切：８月１５日（金）

Email　info@chiikisouzoukaigi-shiga.jp

FAX　０７７－５２８－４８５１

**令和７年度　総会・研修会　参加申込書**

【総会・研修会】日時：８月２４日（日）１４時００分～１７時００分（会場受付：13時30分～）

場所：ピアザ淡海　大会議室（大津市におの浜一丁目１-２０ ※ハイブリッド開催

【懇親会】日時：１７時３０分～

場所：ハッシン　ダイナー（大津市打出浜15-2 なぎさのテラス）

※ピアザ淡海から徒歩３分

　　　　　　　　会費：５，０００円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属 |  | 職種 |  |
| Email |  | TEL |  |
| 参加方法 | 会　　場　　　　・　　　　　W　e　b | | |
| 懇親会 | 参　　加　　　　　・　　　　　不　参　加 | | |

※懇親会のキャンセルは８月２０日（水）までにお願いします。以降はキャンセル料を頂きます。

○令和７年度の個人会費１，０００円を入金されていない方は、総会当日にお支払いいただくか、

銀行振込で納入いただきますようよろしくお願いいたします。

|  |
| --- |
| ＜振込先＞　滋賀銀行県庁支店　（普通）　４９９８５８  　　　　　　【口座名義】医療福祉の地域創造会議 |

※振込手数料は各自ご負担願います。