

# 第 20 回東京都福祉保健医療学会 シンポジウム 申込書 兼 参加票

開催日時：令和 6 年 12 月 19 日（木）15 時 30 分～17 時

必要事項をご記載の上、以下のメールアドレス宛に送信してください。

メールの件名は「シンポジウム申込」とご記載ください。

申込期限：令和 6 年 12 月 9 日（月曜日）

送信先：東京都保健医療局総務部職員課

E-mail：S1150102@section.metro.tokyo.jp

※区市町村職員及び東京都政策連携団体等職員は申込不要です。

(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。