

(別紙)

平成18年 月 日

## 個人情報保護に関する講演会参加申込書

日 時：平成18年11月16日(木) 19:30～

場 所：沖縄ハーバービューホテル(彩海の間)

医療機関名： \_\_\_\_\_

	氏 名	職 種
1		
2		
3		
4		
5		

※お問い合わせ・参加申込先

沖縄県医師会事務局(庶務課)

TEL: 098-877-0666

FAX: 098-877-0629