

**第19回 東京都福祉保健医療学会  
シンポジウム  
「リスクマネジメント」  
申込書 兼 参加票**

シンポジウムの申込みは、この様式に必要事項を記載し、メールで下記担当宛てにお送りください。

申込期限：令和5年12月11日（月曜日）

宛先：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み不要です。

(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。