

# 参加申込方法

## ＊参加申込受付中＊

Web・メール・Faxにて受付中

- Web：右のQRコードよりお申し込みください
- メール：[oki.seikei1965@gmail.com](mailto:oki.seikei1965@gmail.com)まで、お申込用紙の項目を記入してお送りください。
- Fax：申込用紙を記載してお送りください。



### 【お申し込みの際の注意事項】

- ・お申し込みは、おひとり様1回のみでお願いいたします。
- ・重複したお申し込みは、キャンセルとなりますのでご了承ください。
- ・定員に達し次第、受付終了となります。

### 申込用紙（ボールペンでご記入ください）

|                    |                |       |
|--------------------|----------------|-------|
| 1.ふりがな             |                |       |
| 2.名前               |                |       |
| 3.お住まいの市町村         | ※市町村のみご記入ください。 |       |
| 骨の健康度チェック<br>お申し込み | 希望する           | 希望しない |
| 緊急連絡先              |                |       |

**宛先（Fax番号）：098-894-5284**

※お申込状況の確認をご希望の方は、Fax番号をご記入ください。

送信者Fax番号： \_\_\_\_\_

ご記入いただいた個人情報は、本市民セミナーの運営（参加受付、参加者へのご連絡等）の目的にのみ利用し、法令に基づく場合を除き、ご本人の同意なく第三者へ提供することはありません。  
なお、本セミナー終了後は、適切に管理・廃棄いたします。

【お問い合わせ先】沖縄県整形外科医会 事務局

TEL：098-894-1416（平日9：00～17：00）

※お電話でのお申し込みは受け付けておりません。あらかじめご了承ください。