～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３０年１１月２８日（水曜日）　１８時００分から２０時００分まで

　公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 中 央 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課

保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

平成３１年２月１日（金曜日）　１８時００分から２０時００分まで

**変更後**

　 公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

~~平成３０年１２月１２日（水曜日）　１８時００分から２０時００分まで~~

**変更前**

~~公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）~~

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 南 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※ 区南部、区東部の会議については、日程変更前に傍聴希望のご連絡をされている場合も、変更後の日程で改めてご連絡ください。

※ 会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※ 医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３０年１１月１２日（月曜日）　１８時００分から２０時００分まで

　公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 西 南 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３１年１月１６日（水曜日）　１８時００分から２０時００分まで

　公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 西 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３１年１月１７日（木曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　５階会議室（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 西 北 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３０年１２月３日（月曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 東 北 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課

保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　　　　　　　平成３1年１月3１日（木曜日）　１８時００分から２０時００分まで

**変更後**

公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

~~平成３０年１２月１１日（火曜日）　１８時００分から２０時００分まで~~

**変更前**

~~公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）~~

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 区 東 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※ 区南部、区東部の会議については、日程変更前に傍聴希望のご連絡をされている場合も、変更後の日程で改めてご連絡ください。

※ 会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※ 医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３０年１２月１８日（火曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 西 多 摩 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３０年１１月２０日（火曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 南 多 摩 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３０年１２月４日（火曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　５階会議室（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 北 多 摩 西 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３１年１月２４日（木曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 北 多 摩 南 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。

～　このままＦＡＸ送信してください　～

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課　保健医療計画担当

**ＦＡＸ　０３－５３８８―１４３６**

**東京都地域医療構想調整会議　傍聴希望票**

＜日時・会場＞

　平成３１年１月１0日（木曜日）　１８時００分から２０時００分まで

公益社団法人東京都医師会　２階講堂（千代田区神田駿河台２－５）

|  |  |
| --- | --- |
| **構想区域** | 北 多 摩 北 部 |
| **所属所在区市町村** |  |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

◆　いずれかに○をつけてください。（医療機関からの参加される方のみ）

　　グループワークへの参加を

　　　　　　　　　希望する　　・　　希望しない

※会場の都合により、人数調整をさせていただく場合がございます。調整の結果、お断りさせていただく場合のみご連絡いたします。

※医療法人以外の法人の方は、1企業2名様までとさせていただきますので、調整のうえお申込みください。