～　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＞

　令和元年11月11日（月曜日）　18時から20時まで

　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）** |  |

※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＞

　令和元年11月19日（火曜日）　18時から２0時まで

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

※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＞

　令和元年12月17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** | 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）** |  |

※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＞

　令和元年11月25日（月曜日）　19時から２1時まで

　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）** |  |

※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＞

　令和元年11月5日（火曜日）　19時から２1時まで

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

※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＞

　令和元年12月2日（月曜日）　18時分から２0時まで

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）** |  |

※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＞

　令和元年11月1日（金曜日）　18時から２0時まで

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 部 |
| **所属所在区市町村** |   |
| **所 属 名** |  |
| **役 職** |  |
| **氏 名** |  |
| **連絡先（電話番号）** |  |

※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＞

　令和元年10月30日（水曜日）　18時30分から２0時30分まで

公立福生病院　多目的ホール　（福生市加美平１－６－１）

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |  |

※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１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＞

　令和元年11月8日（金曜日）　18時から２0時まで

ＪＴＢフォレスタ　フォレスタホール（多摩市永山２-1-７）

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |  |

※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１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＞

　令和元年11月26日（火曜日）　18時から２0時まで

多摩立川保健所　講堂（立川市羽衣町2-63（東京都立川保健衛生仮庁舎内））

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |  |

※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１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＞

　令和元年12月19日（木曜日）　18時から２0時まで

多摩府中保健所　講堂（府中市宮西町1-26-1　東京都府中合同庁舎内）

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |  |

※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１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＞

　令和元年11月6日（水曜日）　18時から２0時まで

東久留米市役所　1階　市民プラザホール（東久留米市本町3-3-1）

|  |  |
| --- | --- |
| **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）** |  |

※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１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。**