

【別紙2】

平成 年 月 日

高知県医師会事務局 行き

「働き方改革関連法」説明会参加申込書

施設名	職 種	氏 名

※ご質問等ございましたら、ご記入下さい。

恐れ入りますが、2月20日（水）までにご返信くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ申込先】

〒780-8514 高知市丸ノ内1丁目7番45号
高知県医師会事務局 担当：橋村・中澤
TEL088-824-8366 FAX088-824-5705
MAIL s-nakazawa@kochi.med.or.jp