

送付先 東京都福祉保健局保健政策部

健康推進課成人保健担当 行

(FAX番号：03-5388-1427)

平成29年度東京都生活習慣病検診管理指導協議会第1回がん部会
傍聴希望参加申込書

住所：_____

氏名：_____

職業：_____

電話番号：_____

メールアドレス：_____

※傍聴ができない場合は、その旨メールにてご連絡いたしますので、必ずアドレスをご記入ください。メールアドレスをお持ちでない方は、必ず電話番号をご記入ください。

【結果通知について】

- 申込者が多数いる場合は、抽選で傍聴を決定させていただきます。
- 傍聴ができない場合のみ、平成29年8月21日（月曜日）までに、ご連絡いたします。

【傍聴時の注意点】

- 携帯電話は、電源を切るか、マナーモードにしてください。
- 写真撮影及びビデオ撮影は、禁止とさせていただきます。
- 会議の妨げになる行為等を行った場合、事務局員の指示に従わなかったような場合は、ご退席いただきます。