

令和3年度第1回伊賀地域医療構想調整会議 傍聴申込書

申込書送付先アドレス： iryos@pref.mie.lg.jp

(三重県医療保健部医療政策課あて)

メール件名： 伊賀地域医療構想調整会議傍聴申込

| 所 属 | 名 前 |
|-----|-----|
| | |

| メールアドレス（必須入力） | 電話番号 |
|---------------|------|
| @ | - - |

※ 当日の緊急連絡等の際に使用する場合がありますため、入力可能な範囲で
ご記入ください。