別紙１

**令和７年度北多摩西部地域保健医療協議会**

**傍聴申込書**

**申込期限：令和７年１０月１４日（火曜日）**

**送付先 E-mail:** **S1153305@section.metro.tokyo.jp**

**宛先 ：多摩立川保健所 市町村連携課 企画調整担当　行**

※メールの件名に　「10月20日北多摩西部地域保健医療協議会傍聴希望」と明記をお願いします。

**令和７年度北多摩西部地域保健医療協議会**

日時：令和７年１０月２０日（月曜日）午後１時３０分から午後３時まで

場所：多摩立川保健所２階 講堂

傍聴を希望される方のお名前、御住所、御所属、電話、ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ等を御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| 御住所 |  |
| 御所属（勤務先） |  |
| 電　話 | ※日中連絡のつく電話番号を御記入ください。 |
| メールアドレス |  |
| 傍聴方法 | ※いずれかを選択してください。　　会場での傍聴　　・　　オンラインによる傍聴　 |

御記入いただいた個人情報は、本協議会目的のみに使用いたします。