令和2年1月17日

鹿児島県てんかん治療医療連携協議会委員就任予定者　様

鹿児島県てんかん治療医療連携協議会を3月に予定しておりますことから，下記のとおり日程照会をさせていただきたいと考えております。
つきましては，本様式を記入の上，1月31日（金）までに回答をお願いします。

記

令和元年度鹿児島県てんかん治療医療連携協議会
日程照会票

委　員　名：

連　絡　先：電　話（　　）

FAX　（　　）

令和2年

月日 / 時間帯	3月16日（月）	3月17日（火）	3月18日（水）	備考
午後1時30分～午後3時30分				
午後3時00分～午後5時				
午後4時00分～午後6時00				

1　それぞれの期日の状況を，出席可は「○」，出席不可は「×」，調整可能は「△」を御記入ください。

2　開催場所は，県庁舎会議室又は鹿児島大学病院を予定しておりますが，日程調整の結果によっては，変更する可能性がありますので御容赦ください。

3　会議時間は2時間程度を予定しています。

送信先	FAX番号：099-286-5558（送信票は不要です。） 鹿児島県　障害福祉課　冨永　宛