埼玉県西部地域医療構想調整会議　事務局　宛

メールアドレス：f5462125@pref.saitama.lg.jp

令和　　年　　月　　日

**オ ン ラ イ ン 傍 聴 申 込 書**

　令和７年９月３日（水）開催「埼玉県西部地域医療構想調整会議」を傍聴したいので、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 傍聴人氏名　及び（ふりがな） |  |
| 所属先　又は　勤務先 |  |
| 連絡先電話番号（自宅又は携帯） |  |
| メールアドレス（**申込時と同一のアドレス**でお願いします） |  |

【セキュリティ要件】

　傍聴に当たっては、お使いの端末等が次の**セキュリティ要件**を満たす必要があります。

　・ 使用する端末のＯＳやアプリケーションソフトは、メーカーのサポート期間内であること。

　・ 使用するインターネット回線は、本人もしくは所属する組織が管理するものとし、フリーＷｉ－Ｆｉは使用しないこと。

　・ パソコンを使用する場合は、必ずウイルス対策ソフトを導入し、最新の定義であること。

【その他留意事項】

　・ 傍聴に当たっては、**傍聴要領を遵守**していただきます。

　・ 傍聴の受付は、８月２７日（水）午前９時から、午前１１時まで先着順で行います。定員になり次第、受付を終了します。

　・ 傍聴を希望される方は、**傍聴要領を御確認の上、事務局まで申し込み**をしてください。

　・ 傍聴可否については、９月１日（月）までに事務局から電子メールで御連絡します。

令和　　年　　月　　日

**誓 約 書**

　令和７年９月３日（水）開催「埼玉県西部地域医療構想調整会議」の傍聴に当たり、下記事項を遵守することを誓約します。

【遵守事項】

　１ 使用する端末等が**「セキュリティ要件」を満たしている**こと。

　２ **傍聴要領を遵守**し、審議会の円滑な運営に協力すること。

　３ **会議の録音、録画、スクリーンショットの撮影、写真撮影等を行わない**こと。

　４ その他、傍聴に際しては、**事務局の指示に従う**こと。

**傍聴人氏名**