

地域医療連携室までFAXで申込み下さい。

FAX:089-990-1896

参加希望研修会名

【

】

施設名： _____ 部署： _____

連絡先： _____ 代表者御名前： _____

希望者： _____ 名

お困りのことがありましたら下の欄へご記入下さい。

研修内容の参考にさせていただきます。

(

研修についてのお問い合わせは、地域医療連携室（電話：089-990-1923）までお願いします。