

施設名 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

「第17回地域医療従事者スキルアップセミナー」参加者名簿
記

10月28日(土)開催の本セミナーに参加申し込みします。

氏 名	職 種

記入欄が不足の場合は、コピーしてご利用下さい **申込締切 令和5年10月13日(金)**

※当日は発熱のある方、解熱後24時間以内の方、かぜ症状のある方はご参加いただけません。
体調を確認の上、マスク着用でのご参加をお願いいたします。

【事務局】

〒690-8506 松江市母衣町200番地
松江赤十字病院 地域医療連携課
TEL : 0852-32-7813 FAX : 0852-27-9261