　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　*MATSUE RED CROSS HOSPITAL*

***ＦＡＸ送信票***

**ＦＡＸ番号　０８５２―２７―９２６１　　松江赤十字病院地域医療連携課行き**

**令和６年１１月９日（土）地域医療従事者スキルアップセミナー**

**一般演題（口頭発表）参加申込**

**貴施設名：**

**御連絡先：**

**メールアドレス：**

**※今後、メールでご連絡させて頂く場合もございますので、ご記入をお願いします。**

**御氏名：**

**職　種：**

**演題名：**

（仮題でお申し込みいただいても構いません。

その場合、７月中に本題を事務局までお知らせ下さい。）

**申込締切：令和６年７月26日（金）**