

松江赤十字病院

地域医療連携課 行 (FAX 0852-27-9261)

(添書を省略してこのまま送信してください)

施設名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

「第18回地域医療従事者スキルアップセミナー」参加申込書
記

11月9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6年10月23日(水)

※ 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