

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19回地域医療従事者スキルアップセミナー」参加申込

記

10月25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7年10月17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。