

## 第11回あきた中央医療連携実務者ネットワーク研修会参加申込書

施設名： \_\_\_\_\_ (TEL： \_\_\_\_\_)

住 所： \_\_\_\_\_

参加者名	部署名	職 種	懇 親 会
			参加・不参加

(どちらかを○印で囲んで下さい)

申し込み締め切り： **令和6年7月29日(月)**

日 時：令和6年8月3日(土) 14:00~17:00

場 所：秋田市千秋久保田町6-6

秋田県総合保健センター第1研修室

通信欄 (ご意見等がありましたらご記載ください。)


**FAX 018-829-5276**

【お問合せ先】秋田赤十字病院 相談室

事務局担当 佐藤 悠一

TEL 018-829-5000 (内 2180)