

第9回秋田県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
			参加・不参加
			参加・不参加
			参加・不参加
			参加・不参加
			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5年10月23日(月)

日 時：令和5年10月28日(土) 14:00~17:00

場 所：秋田市上北手猿田苗代沢 222-1

秋田赤十字病院 多目的ホール1、2

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)