

秋田県医療連携実務者ネットワーク・秋田県南連携実務者ネットワーク  
合同研修会 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8月30日(金)

日 時：令和6年9月7日(土) 13:30~17:00

場 所：横手市前郷字八ツ口3-1

平鹿総合病院 講堂

通信欄 (ご意見等がありましたらご記載ください。)


FAX 0183-56-7200

【お問合せ先】羽後町立羽後病院 地域医療連携室

佐藤 秀俊

TEL 0183-62-1111 (内線 105)