▲返信先　FAX　018-829-5276（事務局）

第１５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
			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

（どちらかを〇印で囲んで下さい）

申し込み締め切り：令和８年１２月２日（水）

日　時：令和８年１２月５日（土）１４：００～１７：００
場　所：秋田市上北手猿田字苗代沢２２２－１
　　秋田赤十字病院　多目的ホール

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）