

長崎県島原病院  
令和 7 年度 地域連携公開セミナー  
「感染研修」 参加者数回答表

参加施設名：\_\_\_\_\_

参加人数：\_\_\_\_\_

\*セミナー終了後アンケートのご協力をお願いします。  
右 QR コードを読み込みご回答ください。



\*研修終了後に記入していただき、下記まで FAX をお願いします。

FAX 送信先：長崎県島原病院 総合医療支援センター

0957-63-6544