

F A X 送 信 状

お申し込みは、本状のみ送信してください。

送 信 先 : 長崎県島原病院 総合医療支援センター

FAX番号: 0957-63-6544

参 加 申 込 書

令和 年 月 日

長崎県島原病院 地域連携公開セミナー

「医療安全研修」

の参加を申し込みます。

ご所属 _____

電話番号 _____

(職種は必ずご記入下さい)

ご 氏 名	職 種

申し込み期限: 令和8年2月13日(金) 必着