

F A X 送 信 表(会場参加申込書)

本状のみ送信して下さい

FAX 番号 0957-63-6544 (連携室専用)
長崎県島原病院 総合医療支援センター宛

研修名：令和8年度 第1回 しまばら地域連携研究会

日 時：6月25日(木) 18時30分～19時15分

場 所：長崎県島原病院 別館1階 研修ホール

貴施設名 ()

氏名	職種	所属

※会場参加される方のご氏名、ご職種、ご所属を記入ください。

*講演に関するご質問、又は地域連携パスシート等について、ご質問やご意見がありましたらお書きください。

※会場参加申し込み締切：6月24日(水)までにFAXをお願いします。