

令和8年度 第2回しまばら地域連携委員会参加人数報告書
(研修終了後FAXしてください)

1 日時：令和8年10月22日（木） 18時30分～19時00分

2 場所：長崎県島原病院よりオンライン配信

●複数で参加された場合は、申込者以外の人数をお書きください。

施設名（ ）

参加人数（ ）人

●参加された皆様へ アンケートへのご協力をお願い致します。
下記URL 又は QR コードよりご回答ください。

<https://forms.gle/qz9o9V8k6Ng9mWRs7>



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

＜お問い合わせ先＞

長崎県島原病院

総合医療支援センター 廣瀬・祐田

TEL 0957-63-1145