

第 28 回地域連携交流学習会（FAX 送信用）

（令和 8 年 10 月 17 日（土）開催）

事業所名 _____

☐ 御出席 （参加人数 _____ 名）

参加者氏名： _____ 職種 _____

参加者氏名： _____ 職種 _____

参加者氏名： _____ 職種 _____

参加者氏名： _____ 職種 _____

参加者氏名： _____ 職種 _____

* 参加者全員の氏名・職種を記載してください。人数が5人以上の場合、コピーして利用していただくか備考欄へ追記いただきますようお願いいたします。

☐ 御欠席

備考欄 学習会のテーマに関してお尋ねになりたい事がありましたらご記入下さい。

。 _____

<申し込み・お問い合わせ先>

東海中央病院 メディカルサポートセンター内 医療連携課 担当：山田・小阪井

TEL:058-382-3101(内線1005)

FAX:058-382-9853



* R8 年 9 月 28 日(月) 17:00 までにFAXにてご連絡ください。(先着70名まで)