

FAX 送信票

大分県医師会 地域保健課 行き

(FAX : 097-537-4764 E-mail : chihoka@oita.med.or.jp)

令和 2 年度小児在宅医療多職種研修会 申し込み書

申込日 : _____

所属機関・団体名称 : _____

電話 : _____ FAX : _____

参加代表者 : _____

参加者

氏 名 (フリガナ)	職 種	メールアドレス

※締め切りは 10月30日(金) です。

※受講決定通知および ZOOM による研修会聴講にあたってのご案内はご連絡いただいたメールアドレスにご連絡申し上げます。

※ZOOM開催となるため、施設で複数人が参加される場合は、1施設でご視聴いただきますよう御協力の程、宜しくお願いします。

※定員に達し次第、受付を終了させていただきます。