

FAX送信票/横浜南共済病院 地域連携室 行  
FAX番号 045-786-2686

送信日 令和元年 月 日

令和元年度 第1回緩和医療連携セミナー  
参加申込書

開催日時：令和元年9月26日（木）18：45～20：30（開場18時15分）  
場 所：横浜南共済病院 講堂棟2階講堂  
対 象：医師・歯科医師・薬剤師・看護師・医療従事者

機関名	電話番号：
職 種	ふりがな 御 氏 名
	様
	様
	様

この参加申込書を、令和元年9月18日（水）までにFAXにてお申し込み下さい。

ご不明な点は、横浜南共済病院 地域連携室にて承ります。

お問合せ先：横浜南共済病院 地域連携室 TEL 045-782-8939（直通） 平日8：30～17：00