

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

横浜南共済病院地域医療支援病院研修会
「当院の抗菌薬適正化への取り組みと今後の課題」
参加申込書

開催日時：令和元年12月26日（木）19時15分～20時45分（開場18時45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・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12月19日（木）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時30分～17時00分