

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 年 月 日

横浜南共済病院地域医療支援病院研修会  
「第9回呼吸器疾患医療連携セミナー」  
参加申込書

開催日時：令和2年1月16日（木）19時00分～20時15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・看護師・理学療法士・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2年1月9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