

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
がん治療における周術期口腔機能管理研修会
参加申込書

開催日時：令和2年1月23日(木)19:00~20:15(開場18:30)

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・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15日(水)までにFAXにてお申し込みください。

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