

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2回横浜南部認知症研修会
参加申込書

開催日時：令和2年3月25日(水)19:00～20:35 (開場18:30)

場 所：横浜南共済病院 講堂棟2階講堂

対 象：医療従事者 (ポスター参照)

| | |
|-----|---------------|
| 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3月18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