

別紙

平成 年 月 日

青森県立中央病院

医療連携部 白濱 行

【住所】 青森市東造道2-1-1
【FAX】 017-726-8162
【電話】 017-726-8493

『第8回 県病医療連携フォーラム』 参加申込書 (FAX可)

【日時】 平成28年9月3日(土) 午後2時から

【場所】 ラ・プラス青い森 2F「カメラア」

下記のとおり申し込みます。

記

医療機関等名	所在市町村名	連絡先 (ご担当者様等) (所属・氏名) (電話) (FAX)

職種 <small>※ 医師、看護師、MSW、事務 等の別にて記載願います。</small>	職名	氏名	「交流会」への出席 (○で囲んで下さい)
			※ 会費 3,000円
			する ・ しない
			する ・ しない
			する ・ しない
			する ・ しない
			する ・ しない

※ 出席者多数の場合、出席人数を調整させていただくことがございますので、あらかじめご了承願います。

交流会の会費は、当日のフォーラムの受付の際、頂戴いたしますので、ご準備くださるようお願いいたします。
(お釣りが出ませんよう、ご協力をお願いいたします。)