**〈FAXお申込み〉**

|  |
| --- |
| FAX送付先**鳥取赤十字病院　患者サポートセンター****地域医療連携課**　行**ＦＡＸ：０８５７－３９－０５３１** |

**地域連携懇話会　出席者申込用紙**

　　　　　　　　　**日時：令和3年3月11日（木）１８：３０～**

　　　　　　　　　**会場：鳥取赤十字病院　本館１階　多目的ホール**

**＊新型コロナ感染症の感染状況により変更・中止の可能性があります。**

　☆送信元　　**施設名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | ふりがな | 職　種 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

　**＊会場の人数制限をさせていただきますので、事前参加者のみとさせていただきます。**

**質問事項等がございましたら、下記にご記入下さい。**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

恐れ入りますが、ご返送は**３月１日（月）**までにお願い致します。