〈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９月１５日（水）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会場参加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９月１３日（月）までにお願い致します。