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



**第2９回 地域連携懇話会　申込用紙**

　　**日時：令和７年２月６日（木）１８:３０～２０:００　（開場18:00～　）**

　　**会場：鳥取赤十字病院　本館１階　多目的ホール　　　（鳥取市尚徳町１１７）**

　☆送信元　ご**施設名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **お 名 前** | **ふりがな** | **ご 職 種** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |

**※会場参加希望者が多数の場合は、オンライン参加に変更していただく場合があります。**

**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、申し込みはR7.1.30(木)までにお願い致します。**

