

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



## 第30回 地域連携懇話会 申込用紙

日時：令和8年2月5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）

送付元 ご施設名

ご連絡先 (任意)

	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、下記にご記入ください。

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---

※恐れ入りますが、申し込みはR8.1.30(金)までにお願いいたします。



日本赤十字社 鳥取赤十字病院  
Japanese Red Cross Society