

【会場参加申込書】

★会場参加希望の方は、この申込書に記入しFAXでお申し込みください。

市立ひらかた病院 医療相談・連携室 FAX：0120-927-154

※オンライン参加希望の方は、この申込書ではなく以下の URL から申請フォームを開いてお申し込みください。

<https://logoform.jp/form/H276/570877>

市立ひらかた病院 地域医療連携懇談会

5月25日（土）15時半～17時 市立ひらかた病院2階講堂

テーマ「災害医療」

お名前	フリガナ	職種	医師・看護師 コメディカル・事務 その他（ ）
医院名		電話番号	
		FAX 番号	

※複数のご参加の場合は、参加申込書をコピーしてご利用ください。

※参加の確定状況は、FAXでお知らせしますので、必ずFAX番号の記入をお願いします。

※新型コロナウイルスの感染状況に応じて、講演を中止する場合がございますので、必ず連絡先のお電話番号の記入をお願いします。なお、個人情報の取り扱いには十分配慮し、適切に対処いたします。

※先着順となるため、参加希望の場合はお早めにお申し込みください。

※定員数に達した時点で受付は終了とさせていただきます。