

第20回広島赤十字・原爆病院地域医療連携研修会 参加申込書

(がん診療に関わる地域医療連携研修会)

会場：ANAクラウンプラザホテル広島 3階 オーキッド
日時：令和6年11月7日(木) 19:00~21:30 ※会場参加のみ

申込方法：FAXにて参加申込をお願いします。

下記に必要事項をご記入の上、FAXにて返信をお願いします。

※FAX送信先

082-504-7576

(広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課行)

申込期限：~~令和6年10月7日(月)迄~~

※FAXにてお申込の場合は下記をご記入の上、送信ください。

ご施設名	
郵便番号 〒	—
ご住所	
TEL :	FAX :

※日本医師会生涯教育講座申請希望の先生は必ず赤枠内のご記入をお願いします。

氏名(漢字)	職種	性別	医籍番号/登録医師会名/広島県医師会会員 (医師のみ)
フリガナ:		男・女	医籍番号: 登録医師会名: 地区医師会 県医師会: 会員・非会員 ※〇をしてください
フリガナ:		男・女	医籍番号: 登録医師会名: 地区医師会 県医師会: 会員・非会員 ※〇をしてください

※いただいた個人情報は、本研修会受付登録、開催報告及び必要な連絡のみに使用し、その他の目的で使用することはありません。

担当：広島赤十字・原爆病院 地域医療連携課
TEL:082-241-3111(内線:6413)