

申込期限
令和8年2月20日(金)

庄原赤十字病院地域医療連携室 宛
FAX. 0824-72-3326

令和7年度 地域医療連携のつどい 申込書

医療機関名

ご担当者名

E-mail(任意)

氏名	
(例)	庄原 花子
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

当日は、軽食をご用意させていただきますので、期限内の申し込みをお願いします。