

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。