

参加申込書

令和7年10月 モーニングレクチャー

日時 令和7年10月15日(水)8時10分～8時30分
Web (Zoom) 研修会

医療機関名【
住 所【

診療科・所属部署	ご芳名	医籍登録番号	メールアドレス

神戸赤十字病院地域医療連携室
FAX:078-241-9265

誠に勝手ながら令和7年10月14日(火)までにご返信ください