参加申込書

令和8年11月　モーニングレクチャー

日時　令和8年11月18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8年11月17日(火)までにご返信ください