参加申込書

第183回 HATメディカルセミナー
～地域の医療従事者向け公開研修会～

日時 令和8年11月26日(木)18時00分～19時00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25日(水)までにご返信ください