

出前講座 FAX申込書

在宅医療連携支援センター

出前講座担当者 行き  FAX 024-544-3650

※記入必須

※ 申込日	年 月 日 ()		
※ 団体名			
フリガナ ※ご担当者名			
※ 連絡先 電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
希望講座 申込番号		タイトル 名	
講座 希望日時	年 月 日 () 時～		
会合名		開催場所	
	[実施方法] 該当へ点チェック ☐ 出前講座単独で開催 ☐ 会合内の一部の時間で開催		予定 参加人数

申込み確認後、当院担当者よりご担当者様へご連絡をさせていただきます。

お問い合わせは

あづま脳神経外科病院
在宅医療連携支援センター

〒960-1101 福島市大森字柳下16-1
電話番号  024-544-3651
 renkei@azumanh.or.jp