

FAX出席票

送信先 国立病院機構西埼玉中央病院地域医療連携室

(FAX番号042-948-2118)

件名『第18回地域医療連携交換会』

施設名 _____

参加者氏名

*職種については、医師・看護師・MSW・事務等をご記入下さい。

令和元年10月9日(水)までにご返信下さい。