

町田市民病院 地域医療連携室 行 (FAX 042-722-0572)

## 【地域医療関係者向け研修会 参加申込書】

所属機関名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX番号： \_\_\_\_\_

申込研修名： \_\_\_\_\_

開催日： \_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 参加申込者

氏名： \_\_\_\_\_

職種： 医師・看護師・薬剤師・介護職・その他（ \_\_\_\_\_ ）

氏名： \_\_\_\_\_

職種： 医師・看護師・薬剤師・介護職・その他（ \_\_\_\_\_ ）

氏名： \_\_\_\_\_

職種： 医師・看護師・薬剤師・介護職・その他（ \_\_\_\_\_ ）

※3名を超える場合は、お手数ですが参加申込書を複数枚ご送付ください。