

ゆうがお地域医療連携フォーラム2021 参加申込書

【令和3年11月22日(月)WEB開催】

FAX : 0282-86-5446

※下欄の必要事項にご記入のうえ、FAXにて送付ください。

お申込み締切: 令和3年11月12日(金)

医療機関名	
住所	〒
電話番号	

※メールアドレスについては、ご視聴時に利用されるものをご記入ください。

※ご希望多数の場合はお手数ですが本紙をコピーしてご利用ください。

1	所属 / 部署	役 職	フリガナ氏名
	職 種 <small>※その他の場合は()内にご記載ください</small>	医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()	日歯生涯研修ID <small>※歯科医師のみ(日歯生涯研修事業の単位申請のためご記載ください)</small>
	メールアドレス	@	

2	所属 / 部署	役 職	フリガナ氏名
	職 種 <small>※その他の場合は()内にご記載ください</small>	医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()	日歯生涯研修ID <small>※歯科医師のみ(日歯生涯研修事業の単位申請のためご記載ください)</small>
	メールアドレス	@	

3	所属 / 部署	役 職	フリガナ氏名
	職 種 <small>※その他の場合は()内にご記載ください</small>	医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()	日歯生涯研修ID <small>※歯科医師のみ(日歯生涯研修事業の単位申請のためご記載ください)</small>
	メールアドレス	@	

4	所属 / 部署	役 職	フリガナ氏名
	職 種 <small>※その他の場合は()内にご記載ください</small>	医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()	日歯生涯研修ID <small>※歯科医師のみ(日歯生涯研修事業の単位申請のためご記載ください)</small>
	メールアドレス	@	

5	所属 / 部署	役 職	フリガナ氏名
	職 種 <small>※その他の場合は()内にご記載ください</small>	医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()	日歯生涯研修ID <small>※歯科医師のみ(日歯生涯研修事業の単位申請のためご記載ください)</small>
	メールアドレス	@	

事前接続テストおよび当日の参加URLは、後日ご登録いただいたメールアドレスへ送付させていただきます。ドメインの受信拒否設定を行なっている場合は@dokkyomed.ac.jpからのメールを受け取れるように受信設定の変更をお願いいたします。
なお、メールが届かない場合や、ご不明な点等ございましたら医療連携部門までお問い合わせください。

【お問合せ先】
獨協医科大学病院
地域連携・患者サポートセンター
医療連携部門
TEL:0282-87-2383
FAX :0282-86-5446
Mail: renkei@dokkyomed.ac.jp