

ゆうがお地域医療連携フォーラム2025

【令和7年11月4日(火)開催】

参 加 申 込 書 (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7年10月17日(金)

フリガナ 医療機関名	
住 所	〒
電 話	

※当日の名札に使用させていただきますので、下記の記載は正確をお願いいたします。

No.	フリガナ 氏 名	職 種 ※その他の場合は()内にご記載ください	所 属 / 部 署	役 職
1		医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()		
2		医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()		
3		医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()		
4		医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()		
5		医師・歯科医師・看護師・MSW リハビリ・事務・その他()		

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