令和8年度　第1回　地域連携研修会

「いわき病院の機能と役割」
参加申込書

【送信先】

国立病院機構いわき病院　地域医療連携室　行

〒971-8126　いわき市小名浜野田字八合88-1

FAX　0246−88−8434（直通）

※送信票(送付状)の添え付けは不要です。

貴機関名 (所属)　：

ご連絡先　ＴＥＬ：

№.	氏名	職種名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※申込締切日：令和８年9月4日(金)までにお送りください。