

## 第4回 福山エリア医療機関との事務連携促進交流会参加申込書

日 時：2024年12月18日（水） 16:00～20:30

場 所：〈第一部〉福山市医師会館 1F 多目的室

〈第二部〉 SALVATORE CUOMO & BAR 福山（サルヴァトーレ クオモ）

福山市東桜町 1-1 アイネスフクヤマ 2F

医療機関名	
ご担当者名	
ご連絡先(TEL)	
ご連絡先(メール)	

〈参加者名〉

※第二部のみのご参加も大歓迎です。

お名前	役職名・担当業務等	第一部（研修会）	第二部（懇親会）
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加
		参加・不参加 (参加の場合) 参集・ウェビナー	参加・不参加

送付先：福山市医師会総務課（担当：森六、羽田、森僚、古志） TEL 922-0243 FAX 926-0573