

F A X 参加申し込み書

令和2年度 地域医療従事者研修 第 1 回参加申込書 9/11締切
慢性心不全～在宅での観察ポイントと悪化予防～

① 事業所名	
④ ご連絡先（電話番号）	
② 聴講者氏名及び職種	1、
	2、
	3、
	4、
	3、
③メールアドレス 参加者がそれぞれの端末で聴講される場合は参加者ごとのアドレスが必要です	1、
	2、
	3、
	4、
	5、
③ Zoom接続テスト希望 参加者がそれぞれの端末で聴講される場合は参加者ごとにお知らせください	1、有・無 希望日 9/16 17時 9/18 17時
	2、有・無 希望日 9/16 17時 9/18 17時
	3、有・無 希望日 9/16 17時 9/18 17時
	4、有・無 希望日 9/16 17時 9/18 17時
	5、有・無 希望日 9/16 17時 9/18 17時
⑤ 講義に対する事前質問	