

F A X 参加申し込み書

中央病院患者サポートセンター

TEL 025-522-7711(代)

FAX 025-524-3232

令和4年度 地域医療従事者研修 第3回 腎不全の食事療法

参加申込書 9/14締切

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、 職種
	2、 職種
	3、 職種
	4、 職種
	5、 職種
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 希望日時
	2、有・無 希望日時
	3、有・無 希望日時
	4、有・無 希望日時
	5、有・無 希望日時
⑤ 講義に対する事前質問	