第３４回　老人保健施設 医師研修会(オンライン ライブ研修)

**受 講 申 込 書**

日　　　時　　　令和６年１２月６日（金）　18:30～19:45

開催方法　　　Zoomによるオンライン ライブ講演

 ■受講希望者氏名等をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講希望者氏名** | **医療機関名** | **電話番号** | **受講する機器の****メールアドレス** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

○　ご質問等ありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※**１１月２６日（火）**までにメールにてご返送いただければ幸いです。

|  |
| --- |
| 　【ご返送先メール】公益社団法人 群馬県老人保健施設協会　事務局E-mail gunmakenrouken@sunny.ocn.ne.jp |