ファクシミリ送付票
送付先：昭和大学藤が丘病院　地域医療連携室
送付期日：令和４年１月５日（木）17：00
FAX 番号：045-974-4325

# 第４１回　藤が丘地域連携フォーラム　参加連絡票

| |
|---|
| ご氏名 |
| 職種<br>医師　・　歯科医師　・　看護師　・　薬剤師　・　MSW　・　事務　・　その他（　　） |
| 所属施設名 |
| ご住所 |
| ご連絡先 |
| メールアドレス（参加 URL をご指定のメールアドレスへお送りいたします。記入誤りにご留意ください） |

※ZOOM を参加するには事前にＺＯＯＭアプリをダウンロードする必要がございます。
※ご記入いただきました個人情報は地域連携フォーラムの開催・・運営を目的として利用いたします。
　取得した個人情報は昭和大学藤が丘病院、神奈川県医師会以外の第三者に提供することはございません。