

2025 年 6 月 12 日（木）18:30 開催

西埼玉中央病院 主催

地域医療従事者研修会 参加申込書

（演題『リエゾン診療とせん妄』精神科）

定員 50 名としており、事前予約制とさせていただきます。

以下のいずれかの方法で、お申込み頂くようお願い致します。

①FAX での申し込み

当用紙に必要事項を記載の上、下記 FAX 番号までお送りください。

ご記載頂いたメールアドレス宛、受付の可否をお伝えいたします。

施 設 名

参加者氏名

電 話 番 号

メールアドレス

※FAX 番号： 04 - 2948 - 2118 （西埼玉中央病院 地域医療連携室）

②メールでの申し込み

下記メールアドレスに、施設名、参加者氏名、電話番号等をご記載の上、参加のご意向をお伝えください。内容を確認し次第、返信いたします。

※メールアドレス： maruo.shohei.az@mail.hosp.go.jp （経営企画室 丸尾）

大変恐縮ですが、①②いずれの場合も 2025 年 6 月 11 日（水）までにご提出いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。