

2026年7月9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 「地域活用する認知症画像検査 ― 核医学検査のご紹介―」)

放射線科 撮影透視主任 丸山 智之 )

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

---

医籍番号

---

※医師の方は単位認定に必要です

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 2026年7月2日(木) 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。