

↑↑↑ FAX申込用紙 ↑↑↑ 045-366-6410

第8回「聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 地域医療連携セミナー」参加申込

<お問合せ・お申し込み先>

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 地域医療連携セミナー担当

TEL:045-366-8447(直通)もしくは、045-366-1111(代表)

Mail : seibu-chiikirenkei@marianna-u.ac.jp

申込 URL : <https://forms.gle/rYeCFuYZucijtzny9>



申込記入欄

ご来場の際は受付用に名刺をご用意ください。

医療機関名	
参加者氏名	(※1)2名以上の参加はこちらに複数の氏名をご記入ください。
電話番号	
メールマガジン	☐ 当院からのメールマガジンを希望します(※2)
メールアドレス	※正確にご記入下さい。 @

定員になり次第、受付を終了いたします。お早めにお申し込みください

※1 2名以上お申込みの場合は、参加者氏名欄に複数ご記入ください。

※2 メールマガを既にお申込み頂いてる方は回答不要です。メールマガの配信停止やアドレス変更をご希望の方は、「地域医療連携担当」までご連絡ください。

※ 今回は送迎バスの運行は予定しておりません。予め、ご了承ください。

※ 【お知らせ】ご来場の際は受付用に名刺をご用意ください。

※ 呼吸器感染症の拡大状況により急遽予定が変更となる場合があります。



■申込締切日: 2025年 5月31日(土)



聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院

患者支援センター 地域医療連携担当 南雲・滝澤・田代

〒241-0811 神奈川県横浜市旭区矢指町 1197-1

TEL:045-366-8447(直通)もしくは、045-366-1111(代表)

FAX:045-366-6410(直通)

MAIL : seibu-chiikirenkei@marianna-u.ac.jp