

## 舞鶴共済病院 医療関係者へ（リクエスト）研修 申込書

舞鶴共済病院 リクエスト研修を何で知りましたか？		
貴施設名		
ご住所		
TEL		
FAX		
メールアドレス		
担当者ご氏名		

**必要事項をご記入ください**（ はクリックして選択してください）

分野とテーマ												
希望日時	<b>（2か月先以降でお願いします）</b>											
第1希望	年		月		日		（		）	～		
第2希望	年		月		日		（		）	～		
第3希望	年		月		日		（		）	～		
参加予定人数												
参加職種												
希望内容												
開催場所								駐車スペース		（		）
プロジェクター設置		（		）	パソコン準備		（		）			

**舞鶴共済病院 地域医療連携室**

電話 0773- 66- 1508

FAX 0773 - 66 - 1548