

令和5年度 岩手県立磐井病院 公開クリニカルパス大会

◆FAX 番号：0191-23-9691（岩手県立磐井病院 診療情報管理室 佐々木行き）

【参加申込書】

医療機関名	
所在地	〒（ - ）
申込者	
連絡先（TEL）	
連絡先（E-Mail）	

職種	参加者氏名（漢字）	参加者氏名（ふりがな）	参加の種類
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM
			現地 ・ ZOOM

※参加申込期限：令和6年2月20日（火）まで

※ポスター掲載のQRコードからも申込可能です。大会詳細は、ポスターをご参照ください。