

平成30年度

「第13回シニアの精神科症例検討会」申し込み

送信日：平成31年 月 日（ ）

送信者

氏名 _____

所属（病院名、事業所名） _____

参加者名	職種	連絡先 TELまたはE-mail

締切：平成31年2月 18日（月）

ときわ病院 地域連携室（FAX076-248-5223）宛

メールによる申し込みの場合

上記内容を本文に記載のうえ、次のアドレスへ送信してください。

<メールアドレス> fujii@tokiwahp.or.jp

問い合わせ

ときわ病院地域連携室（藤井・中村） 電話 076-248-9502