

# 開放型病床カンファレンス参加申込書

FAX先 0776-57-2901

福井県立病院 地域医療連携推進室 あて

地域医療連携医

医療機関名

ご芳名

平成 年 月 日(木)開催の開放型病床カンファレンスに下記のとおり出席します。

## 記

当日ご参加いただけるお名前を次の欄に記入してください。

1

2

3

※ なお、今回開催の開放型病床カンファレンスでは配布資料はございませんので、ご了承ください。