

# 医療専門職等育成研修 修了生連絡希望申込書

申 込 者	
所属（お勤め先）	
職 種	
電話番号 （連絡先）	

連絡を 希望する 相手	職種	
	氏名	
希望する目的		
※記載した情報について、連絡を希望する方へ伝えることに 同意します。（右記に○をお願いします）		

※について、「○」の記載がない場合ご紹介いたしかねますのであらかじめご了承下さい。

送付先：滋賀県立成人病センター  
地域支援研修センター

E-mail : nb01105@pref.shiga.lg.jp

F A X : 077-582-5931