

参加申込書

FAX送信先:0120-271-287

岡山協立病院 地域医療連携センター 行

総合病院岡山協立病院 第10回 地域医療連携セミナー

開催日: 令和4年7月27日(水)19:00~20:00

申込期限:令和4年7月26日(火)17:00まで

医療機関名または事業所名(必須)

※オンラインでのお申し込み可能です

院所・事業所単位で、参加ご希望の皆様のお名前と職種を、申込フォームの「同時申込者様」欄へ記入し、お申し込みいただくことも可能です。

ご連絡先(いずれか1項目は必須)

TEL:

FAX:

E-Mail:



※上記事項は開催日が近づいた際にミーティングIDやセミナー後のアンケートフォームの送信をさせていただきます。代表の方のみ情報をご記載ください。

参加者氏名(必須)	職種(必須)	役職

事前アンケートへのご協力をよろしくお願い致します。

FAX送信先:0120-271-287

岡山協立病院 地域医療連携センター 行

総合病院岡山協立病院 第10回 地域医療連携セミナー

開催日: 令和4年7月27日(水)19:00~20:00

【質問】貴院、貴施設において、栄養サポートについて知りたいこと、困っていることがあれば御記載ください。

・

・

・

・

・

【お問い合わせ先】 総合病院岡山協立病院 地域連携室(担当/寺坂・村上) 直通TEL:086-271-0917

セミナー後アンケートへのご協力をよろしくお願い致します。

FAX送信先:0120-271-287

岡山協立病院 地域医療連携センター 行

総合病院岡山協立病院 第10回 地域医療連携セミナー

開催日: 令和4年7月27日(水)19:00~20:00

医療機関名または事業所名 (任意)

※オンラインでの回答が可能です。

院所・事業所単位で、回答いただくことも可能です。

ご氏名 (任意)

ご回答ありがとうございます。

ご連絡先 (任意)

TEL:

FAX:

E-Mail:



【質問①】 今回の岡山協立病院 第10回/地域医療連携セミナーの運営についてお聞かせください。

満足 ・ 普通 ・ 物足りなかった

→ご指摘などあればお聞かせください。

【質問②】 講演「生きる」を「つなぐ。」について感想をお聞かせください。

満足 ・ 普通 ・ 物足りなかった

→どのような点で、そう思われましたか。

【質問③】 その他ご質問やご指摘、ご要望、
現在気になっておられることや、関心の高い分野のセミナー開催)などお聞かせください。

以上でアンケートは終了です。セミナーへのご参加ならびにアンケートへのご協力、ありがとうございました。

【お問い合わせ先】 総合病院岡山協立病院 地域連携室(担当/寺坂・村上) 直通TEL:086-271-0917