

送信先 山形県立中央病院 石塚后彦 行

FAX : 023-685-2755 E-mail : kishizuka@ypch.gr.jp

「第11回医療安全やまがたフォーラム」参加申込書

申し込み締め切り 9月 13日 (日)

申し込み日 令和2年 月 日

施設名 _____

担当者 _____

連絡先 _____

	参加者氏名	住所	電話番号	職種
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

- ・新型コロナウイルス感染拡大防止のため、山形ビックウイングの施設利用にあたり、参加者名簿の提出を求められておりますので、施設側に情報を提供させていただきます。施設利用者から新型コロナウイルス感染者が発生した場合に記載いただいた個人情報が保健所に提供される場合があります。ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。