下関市立市民病院　地域医療研修会

参加申込書

～当院の心不全フォローアップ体制～

**2025年2月27日（木）　19：00～19：45**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 職種 |  |
| 連絡先（メールアドレス） |  | | |
| 所属機関名 |  | | |
| 質問事項 |  | | |

申込み先

**Mail**：[keiei@shimonosekicity-hosp.jp](mailto:keiei@shimonosekicity-hosp.jp)

・件名には、「地域医療研修会申込（2/27）」とご記載ください。

・お申込みは2月21日（金）17時までにお願いいたします。

・メールアドレスは、参加用URLの送信、連絡等に使用いたしますので、必ずご記載願います。送信先からのメールが受信できる（拒否しない）よう設定をご確認ください。

・2月26日（水）までにご案内メールが届かない場合は、下関市立市民病院事務部谷口

（083-231-4111）までお問い合わせください。

・研修会当日までに、テスト環境での接続テストを実施いただくことをお薦めいたします。

テスト環境<URL:http://zoom.us/test>

ページが開きましたら「参加」ボタンよりテスト環境へご参加いただけます。

・アプリのダウンロードや視聴にかかる通信料は参加者のご負担となります。予めご了承ください。（Wi-Fi環境推奨）

・メールでのお申込みをされる場合は、<https://shimonosekicity-hosp.jp/kouenkai.html>にあります「参加申込書」をご利用ください。