（別紙）参加申込書

病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記載者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先℡

**令和7年度（第22回）病院医療機能評価受審フォーラム**

**令和7年10月7日（火）13：00～17：00　Web開催**

※参加者全員の職名・氏名をご記載下さい。

※ウェビナー参加登録をしてください。

**◎ウェビナー事前登録URL**（右記RQコードからも登録できます。）

[**https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\_hng5hyz5Tx-vMUKLGEG4Kw**](https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_hng5hyz5Tx-vMUKLGEG4Kw)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　　　名 | 視聴する(接続する)メールアドレス |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**申込締切日　9月26日（金）≪送付状不要≫**

滋賀県病院協会へご回報ください。

FAX　０７７―５２５－５８５９

E-mail　<kyoukai@shiga-hosp-a.or.jp>