（別紙）参加申込書　　　　　　　　　　　　　都道府県

**県 外**

病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所属部署

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**

①参加者全員の職名・氏名・ウェビナー登録するアドレスを記載しお申し込みください。

②ウェビナー参加登録をしてください。　※原則、1病院1アドレスでお願いいたします。

**◎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>**



③申込締切日9月26日（金）参加負担金5,000円をお振込みください。

振込手続き後、お手数ですが、確認の為お電話ください。

参加者

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　名 | 氏　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ウェビナー登録するメールアドレス（ご視聴されるメールアドレス）

|  |
| --- |
|  |

**申込締切日　9月26日（金）**

滋賀県病院協会へご回報ください。

TEL　０７７－５２５－７５２５

FAX　０７７―５２５－５８５９

E-mail　<kyoukai@shiga-hosp-a.or.jp>