

令和7年度感染防止対策地域連携カンファレンス参加申込書

申込日 令和 年 月 日

施設名 _____

参加者氏名 医師： _____

看護師： _____

薬剤師： _____

検査技師： _____

その他()： _____

その他()： _____

参加ご希望の日時を記入してください。

【開催希望日時（複数回答可）】

開催日 <例：8月25日（金）>	開催時間 <例：15:00～>

連絡先

宮崎大学医学部医療支援課医療安全係 坂本

TEL：0985-85-9136 FAX：0985-85-9769

MAIL：kansen_seigy@med.miyazaki-u.ac.jp