FAX返信先 ： 088-880-2400

高知中央･高幡･安芸医療圏 脳卒中地域連携の会　事務局

高知大学医学部脳神経外科講座　事務　宛

　高知中央・高幡・安芸医療圏 脳卒中地域連携の会

　合同会合の参加申込書

日時：2018年4月22日（日）9：30 ～ 11：45（個別情報交換会まで）

下記へご記入の上、**2018年4月13日までに**FAXにて返信くださいますようお願い申し上げます。

施設名：

参加 ○ ／ 不参加 × を記入願います

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　　　　　名 | 第一部   |  | | --- | | 講演会/パス改定について | | 9:30～11：15 | | 第二部   |  | | --- | | 情報交換会 | | 11:20～11：45 | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

問合せ先：高知中央･高幡･安芸医療圏 脳卒中地域連携の会　事務局

高知大学医学部脳神経外科学講座　事務（医事課）並川／筒井／早崎　TEL：088-880-2397　FAX：088-880-2400

E-mail：[im-stroke@kochi-u.ac.jp](mailto:im-stroke@kochi-u.ac.jp)