

FAX:043-261-6899

千葉メディカルセンター バイサイドフォーラム
心臓血管センター症例検討会
参加申込書

千葉メディカルセンター 地域医療連携室 宛

日時:2024年9月12日(木)18:45~20:10

会場:千葉メディカルセンター 4階 会議室

形式:対面

医療機関名	
診療科または部署	
参加者氏名/役職	
参加者氏名/役職	
連絡先	
E-mail アドレス	
備考	

※FAX またはメールにてお申込みください(8月23日迄)

※当日はマスク着用にてご来院ください

※お車でお越しの方は、病院隣の提携駐車場をご利用ください

※情報交換の場を設けております(感染状況により中止の可能性がございます)

お問い合わせ先

千葉メディカルセンター 地域医療連携室 松岡・小松

千葉市中央区南町 1-7-1

TEL:043-261-8199(直通)

043-261-5111(代表)

Mail:renkei@seikeikai-cmc.jp

FAX:043-261-6899