

京都第一赤十字病院 CKD教育入院 見学申込書

(地域医療連携室 宛)
 (FAX番号:075-533-1307)

見学希望日 第一希望	令和	年	月	日(金)
第二希望	令和	年	月	日(金)
施設名				
職種				
氏名				
連絡先				

※ 複数でご参加される場合

職種	
氏名	
職種	
氏名	
職種	
氏名	

- ※ 見学についてはFAXにて地域医療連携室宛にお申し込みください。
- ※ 当院の見学は金曜日のみの受け付けで10:00～15:00のコースとなります。
- ※ 申し込みいただいてからの調整となりますので、申込日から約1～2か月後のご案内となります。
- ※ 調整ができましたら地域医療連携室よりお電話にて日時をお伝えさせていただきます。
- ※ 見学当日は1階正面玄関入ってすぐの総合案内カウンターでお声かけください。

