

申し込み用紙

FAX 0749-26-0754

彦根市立病院事務局病院総務課あて

ご施設	お名前	職種	資格
		医師・歯科医師 管理栄養士・薬剤師 その他（ ）	CDEJ・CDE 滋賀
		医師・歯科医師 管理栄養士・薬剤師 その他（ ）	CDEJ・CDE 滋賀
		医師・歯科医師 管理栄養士・薬剤師 その他（ ）	CDEJ・CDE 滋賀
		医師・歯科医師 管理栄養士・薬剤師 その他（ ）	CDEJ・CDE 滋賀
		医師・歯科医師 管理栄養士・薬剤師 その他（ ）	CDEJ・CDE 滋賀

* CDE 滋賀の方で、出席された方は、所定の更新単位記録用紙をご持参ください。

【今までのご経験で悩まれたことや疑問に思われたことなどあれば、ご記載下さい】

締め切り 2023年10月26日（木）16時まで