COVID-19にかかる各県コーディネーター推薦依頼書

所 属：

都道府県（所属）：

役 職：

氏 名：

連 絡 先(TEL)：

メールアドレス：

（　自　薦　・　他　薦　）

自薦・他薦のいずれかに○をつけてください。

他薦の場合は下記に推薦者氏名をご記入ください

推薦者氏名：

一般社団法人日本救急医学会

代表理事　嶋津岳士 殿

返信先　FAX：03-5840-9876

メールアドレス：jaam-6@bz04.plala.or.jp