

セミナー参加申込用紙

必要事項をご記入いただき、下記のFAX番号まで送信をお願いいたします。

【ご記入欄】

医療機関名	
-------	--

ご住所	〒		
-----	---	--	--

TEL		FAX	
-----	--	-----	--

氏名	職種

氏名	職種

小倉記念病院 総務課



093-511-3240

*お申込み後の返信連絡はございませんので、直接会場までお越しください。