『別紙　参加申込書』

【送付先】　申込期限：H26.2.7（金）

ＦＡＸ：　０９６－３７３－５９５７

担当：　熊本大学医学部附属病院事務部
医事ユニット（地域医療連携担当）前田

熊本大学医学部附属病院地域医療連携センター講演会の参加について

医療機関名	
担当部署 担当者名	
TEL／FAX	TEL　　FAX
Mail	

≪参加者名簿≫

氏名	職種