『別紙　参加申込書』

【送付先】

ＦＡＸ　：０９６－３７３－５９５７
ＭＡＩＬ：iyks-chiiki@jimu.kumamoto-u.ac.jp

担　当　：熊本大学医学部附属病院事務部
医事課（地域医療連携担当）

【申込期限】平成29年10月20日(金)

10月24日の『地域医療連携講演会』の参加申込みについて

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