

熊本県肝疾患コーディネーター養成講座

受講申込用紙

申込年月日:平成 年 月 日

施設名・所属	
氏名(ふりがな)	
職種	
従事年数	
性別	
電話番号/ FAX 番号	
メールアドレス	
その他 (講義への要望、質問事項等)	

受付後、FAX または、E-Mail でご連絡致します。
返信がない場合はご連絡ください。

申込期限 10月9日(火)まで

送付先:熊本大学医学部附属病院 肝疾患センター
(熊本県肝疾患診療連携拠点病院)

FAX : 096-372-1371

Mail : kanzou@kumamoto-u.ac.jp