『別紙　参加申込書』

熊本大学医学部附属病院　遺伝診療　講演会の参加について

【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３０年１月１９日（金）

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