

「肝疾患コーディネーター研修会」

出欠票

上記、 / の研修会に

参加

不参加

します

(いずれかに✓を御記入下さい)

御所属 _____

御芳名 _____

送信先: 熊本大学医学部附属病院 消化器内科内
肝疾患センター 行

FAX: 096-372-1371

また、参加される方で、職場の上司へ当研修会の案内文書をご希望される方は
上司のご連絡先を下記へご記入ください。

御所属 _____

御役職 _____

御芳名 _____