



FAX : 022-746-5145

長町病院 地域連携・医療相談室 下鳥真美 宛

令和元年度 第6回定例研修会申込

施設名 : \_\_\_\_\_

担当者名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

FAX 番号 : \_\_\_\_\_

所属機関	氏名

※送信票は不要です。