

FAX:077-543-1544(送信票不要)

送信先：滋賀医科大学医学部附属病院（小寺行）

平成29年度第一地区支部研修会(9/2) 参加申込書

***各施設、2名以上の参加をお願いします！**

所属機関名 _____

連絡先(電話) _____ (FAX) _____

氏 名	職 種

※お手数ですが、8月21日（月）必着で申込みください。