

FAX: 077-516-2755

(送信票不要)

送信先：近江草津徳州会病院（西村一恵 行）

平成 29 年度第二地区支部研修会(9/30) 参加申込書

*** 各施設、1 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、9月1日（金）必着で申込みください。