

FAX: 077-516-2755

(送信票不要)

送信先：近江草津徳州会病院（松田 裕治 行）

平成 29 年度 第二地区支部研修会( 2 / 3 ) 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、H30 年 1 月 10 日（水）必着で申込みください。