

参加申込用紙

第4回南部地区在宅医療連携ネットワーク症例検討会（グループワーク）

日 時：平成27年1月22日(木)19:30～

場 所：南部地区医師会館

※参加ご希望の方は下記必要事項をご記入のうえ、1月9日(金)までに南部地区医師会事務局宛 FAXにてご返信下さいますようお願い申し上げます。

※当該症例検討会に参加いたします。

施設名（事業所名） _____

住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 (TEL) _____ (FAX) _____

職 種 _____

連絡先 南部地区医師会事務局 金城

FAX 835-7033

電話 998-8572