

第10回病院研修会 参加申込書

令和 年 月 日

施設名 _____ (担当者及び連絡先)
担当者 _____

所在地 _____ ☎ _____

◎下記のとおり参加を申込みます。

No.	職種	氏名	ふりがな	備考
1				
2				
3				
4				
5				

◆お問い合わせ・参加申込書 FAX 送信先

公益社団法人 福岡県病院協会 Tel 092-436-2312 ・ Fax 092-436-2313