

FAX申込
0166-22-8287

開催日
平成28年10月25日（火）

「第15回 旭川赤十字病院症例検討会」 参加申込

施設名	
-----	--

	職種	氏名（フリガナ）
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		
出席者名		

※お申込はFAXで送信ください。

なお、当日の参加受付もいたしますが、準備の都合上、事前にお申込をお願いいたします。

事務局 旭川赤十字病院 地域医療連携室
TEL 0166 (22) 8111 内1188

※ 参加者多数の場合は本用紙をコピー頂くか、別の用紙にご記入いただきFAXくださいますようお願い申し上げます。