

参加申込書 (送付状不要)

申し込み先：くまもと成仁病院 【FAX】 096-380-7067

締め切り 8月28日 (水)

1 夏期研修について

参加します (欠席の方は返信不要です)

2 参加ご希望の分科会について

第一希望：() 分科会 第二希望：() 分科会

3 懇親会について

参加します 参加しません

備考) ご参加の上でご配慮が必要な場合、お知らせください。

所属： _____ 氏名： _____

FAX： _____ Email： _____

※ご不明な点がございましたら、下記までお尋ね下さい。

【お問い合わせ先】

桜十字病院 地域医療連携部 芹川 TEL：096-378-1111 Email：medi-net@sakurajyuji.jp

参加券

受付印

受付番号： _____ 左記の受付番号にて受け付けました。

参加費 _____ 円

※ 受付印及び受付番号を記載した参加券をFAXにて返信いたします。当日ご持参ください。

※ 尚、連絡なしのキャンセルについては、実費相当分をご負担して頂きますのでご了承ください。