

平成29年度青森市医師会在宅医療多職種研修会

参加申込書

○日 時：平成30年2月21日（水）午後6：45～8：00

○場 所：ホテルクラウンパレス青森 2階 「奥入瀬の間」

【FAX送信者】

病院(施設)名			
電話番号			
FAX番号			
ご担当者	所属	職名	氏名

【参加申込者】

所属	職名	職種	ふりがな 氏名

2月14日（水）までにお申込みください。

送信先	青森市医師会事務局 名久井行き	FAX番号 017-777-1503
-----	-----------------	--------------------