

FAX送信票

FAX番号 011-611-5820
(独)国立病院機構北海道医療センター
経営企画室 菊地 行

令和元年度「神経・筋疾患研修会」出席申込書

所属施設名
電話番号

職種(診療科)	氏名	備考
医師（診療科） 保健師・看護師 コメディカル・（）		
医師（診療科） 保健師・看護師 コメディカル・（）		
医師（診療科） 保健師・看護師 コメディカル・（）		
医師（診療科） 保健師・看護師 コメディカル・（）		
医師（診療科） 保健師・看護師 コメディカル・（）		

※職種を問わずご出席いただけます

恐れ入りますが、令和2年2月21日（金）までにご連絡いただくようお願いします。
なお、定員の130名になり次第、締め切りとさせていただきますので予めご了承ください。
締め切り後にお申し込みがあった場合は、ご連絡いたします。
（申し込み後、こちらからの連絡がない場合は出席可能です。）