

感染症セミナー

【平成20年5月12日(月)】

参加申込票

準備の都合上、参加者名を5月7日(水)までにご連絡いただけると幸いです。よろしくお願い申し上げます。

手稲溪仁会病院 地域連携福祉センター 宛

F A X 011-685-2908

医療機関名

送 信 者

ご芳名	職種