

学術講演会 『MRSAとその周辺』 【平成20年5月15日(木)】

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