



FAX : 0725-51-7276

和泉市立総合医療センター 地域連携センター宛

第1回クリニカルカンファレンス

参加申込書

貴院名	
TEL	

参加者

お名前	専門科もしくはご所属・ご職種
ふりがな	

ふりがな	

※会場の都合上、1施設2名様までのお申し込みとさせていただきます。
ご了承ください。

※お申込み先着30名になります

7月10日（金）までにご返信下さい。

〈問い合わせ〉

和泉市立総合医療センター地域連携センター
TEL 0725-41-3150（直通）