

平成27年度

西支部研修会参加申し込み

施設名

【】

| 氏名 | 氏名 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

会場の都合上1施設2名までとさせていただきます。

10月19日までにFAXにて参加人数をお知らせください。直接お電話でも結構です。

FAX番号06－6474－0069

電話番号06－6471－9541

社会医療法人愛仁会千船病院
看護部