

FAX 送信票

滋賀県立小児保健医療センター
保健指導部 村上 行

FAX 077-582-6304

令和元年度小児アレルギー疾患対策医療関係者研修会

申込み締め切り 令和元年 10 月 11 日(金)

参加申込書

ふりがな 氏 名	職 種	経験年数
ご質問等がありましたらご記入ください。		

上記のとおり参加を申し込みます。

令和元年 月 日

滋賀県立小児保健医療センター 病院長 様

所 属 : _____

所属住所: _____

申込み代表者名: _____

電話番号: _____