

平成29年4月27日(木)開催

第6回小児医療連携の会参加申込書

御施設名 _____

代表者名 _____

連絡先 (TEL : メールアドレス等) _____

| 職種 | 参加者氏名 |
|----|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |

*お車でお越しの方は、外来駐車場をご利用ください。駐車券は会場までお持ちください。
無料印を押印いたします。

*会場準備の都合上、**平成29年4月14日(金)まで**にお申込みください。

なお、今回のプログラムの内容についてご質問等がございましたら、ご記入ください
ますようお願いいたします。

【ご質問等】

.....

.....

.....

