

春ヶ丘健康宅配便 Web 開催

(医療機関向け)

希望連絡票 (FAX 送信票)

貴施設名 : _____ ご担当者名 : _____

FAX 番号 : _____ 電話番号 : _____

メール : _____ @ _____

希望演題・希望日時をご記入下さい。

	演題番号	演題名	希望日時		
			第一	第二	第三
1					
2					
3					

対象者 : 医療スタッフ (医師・看護師・看護助手)

その他 ()

参加予定人数 : _____ 名

その他、ご要望があればご記入下さい。

FAX 番号 : 093-921-8892 (地域医療連携室直通)