

希望連絡表 (FAX送信票)

Fax番号： 電話番号：

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（複数回答可） 患者・家族 医療スタッフ（医師・看護師・看護助手）
その他（ ）

参加予定人数 人

その他ご要望があれば、ご記入ください。

FAX番号 093-921-8892(直通)