

春ヶ丘健康宅配便

医療者向けWeb開催

希望連絡表 (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 患者・家族
医療スタッフ (医師・看護師・看護助手・リハビリ・ケアマネ)
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。

[_____]

F A X 番号 093-921-8892(直通)