

関係者各位

すぎなみ在宅診療所 行

在宅医療勉強会 出席確認表

貴事業所名 _____

電話番号 _____

お名前 _____

申し込み方法

別紙出席表をFAXにて、ご所属、お名前、人数をお知らせ下さい。先着25名までとさせていただきます。

※会場準備・人数確認の都合上、誠に勝手ながら9月6日(金)締切とさせていただきます。なお、締切日前でも定員になり次第締め切らせて頂く場合もございますので、ご了承願います。

ご回答は、以下のFAX番号までお願い致します。

FAX 03-3313-5388