第203回　倉敷地区心不全地域医療連携の会

【参加申込書】

＜二次元コードからお申し込み＞

＜メールでのお申し込み＞

下記メールアドレス宛にご施設名、ご芳名、ご職種をご記載の上、

お申し込みください。

Email ： takayuki.tsujii@daiichisankyo.com

＜FAXでのお申し込み＞

下記必要事項記載の上、FAX　086-223-3022へお申し込みください。

【ご施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

【ご芳名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

【ご職種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

【　　会場参加　　or　　Web参加　　（〇をつけて下さい）】

【メールアドレス】

________________________@________________________

担当者：第一三共株式会社　辻井　隆之

お問合せ先：090-2406-3947

お申し込み期日：12月9日（水）