FAX　0248-42-2348

公益財団法人　会田病院　　総務課　行

〆切日；開催日の３日前まで

あいだメディカルセミナー参加申込書

参加希望日【　　年　　月　　日】

テーマ　　【　　】

施設名　　【　　】

申込担当者氏名	
連絡先（緊急）	電話番号

セミナー参加者名 （申込担当者が参加される場合は、再記入）	職　　種