

第9回病院研修会 参加申込書

日 時 令和6年3月4日(火) 18時～20時15分
(受付開始 17時30分～)

会 場 九州大学医学部百年講堂 1階 大ホール

参加申込書送信先 FAX 092-436-2313

令和 年 月 日

施設名 _____ (担当者及び連絡先)
担当者 _____

所在地 _____ ☎ _____

◎下記のとおり参加を申込みます。

No.	職種	氏名	ふりがな	備考
1				
2				
3				
4				
5				

◆お問い合わせ

公益社団法人 福岡県病院協会 Tel 092-436-2312