

第124回医療事務研究会 参加申込書

日時 令和7年3月14日(金) 受付 13:30~16:10

会場 九州大学医学部百年講堂 大ホール

申込書送信先：FAX 092-436-2313

令和 年 月 日

◎下記のとおり参加を申込みます。

病院名			
所在地			
TEL		ご担当者	
FAX			
No.	職種	氏名	ふりがな
1			
2			
3			
4			
5			

<質問事項> ※質問は令和7年2月28日(金)迄にお送り下さい。

--

【問い合わせ先】

公益社団法人福岡県病院協会事務局 長沼

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2-9-30

TEL:092-436-2312 FAX:092-436-2313 E-mail: info@f-kenbyou.jp