

# 令和5年度病院研修会 参加申込書

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				
6				
7				
8				
9				
10				

◆お問い合わせ・参加申込書 FAX 送信先

公益社団法人 福岡県病院協会      Tel 092-436-2312 ・ Fax 092-436-2313