

別紙

※添書及びFAX送信票等は不要

FAX 送信票

<送信先>

独立行政法人国立病院機構青森病院
児童指導員 境谷 環 行

FAX : 0 1 7 2 - 6 2 - 7 2 8 9

TEL : 0 1 7 2 - 6 2 - 4 0 5 5

第 34 回成育医療研修会 参加申込書

施設・団体名 _____ 連絡先 _____

職 種	ご氏名(ふりがな)

※ ご記入していただいた個人情報は、当院で管理し第三者には開示致しません。