

FAX : 086-263-2587

岡山ろうさい病院 地域医療連携室 宛

**脳卒中地域医療連携普及推進強化事業・地域連携研修会
参加申込書**

●施設名

●代表者名

●お電話番号

●連絡先FAX

●ご参加者名

	参加者氏名 (ふりがな)	職 種
1		
2		
3		
4		
5		

※ 11月12日（水）までにお申し込みください