

第2回 総合診療医認定講座 参加申込書

(本紙をコピーして、FAXにてお申し込み下さい)

申込期日 平成27年10月20日(火)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 どちらかに○ 会員 ・ 会員以外

住 所 (〒 -)

TEL FAX

連絡担当者氏名 役職

受講者氏名 医師経験年数 年

受講者氏名 医師経験年数 年

受講者氏名 医師経験年数 年

*10月下旬頃、連絡担当者様宛てに参加費請求書をお送りいたします。
*定員に達した場合は、期日にかかわらず受付を終了させていただきます。

日本慢性期医療協会

〒162-0067

東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

TEL.03-3355-3120 FAX.03-3355-3122

E-mail info@jamcf.jp

URL <http://jamcf.jp> 日慢協ブログ <http://manseiki.net>