



FAX送信方向



「第6回千葉県脳卒中連携の会」参加申込書



FAX. 020(4664)3575

所属施設名

.....

所属所在地

.....

御連絡先電話番号

御芳名

役職・部署

* 申込用紙が足りない場合は複写して御利用ください

* 本シンポジウムは、診療報酬算定のための合同の連携会議に相当します