

独立行政法人国立病院機構西別府病院
病診連携セミナー申込書
11月15日(水)まで

病院名等

職 種 (記載例) 医師	氏 名 ※フルネーム	職 種 (記載例) 医師	氏 名 ※フルネーム

下記番号にFAXして下さい



FAX 0977-76-7231