

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

6月13日(金)まで

病院名等

職 種 <small>(記載例) 医師</small>	氏 名 <small>※フルネーム</small>	職 種 <small>(記載例) 医師</small>	氏 名 <small>※フルネーム</small>

下記番号にFAXして下さい



FAX 0977-76-7231