

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14日(水)まで**

**病院名等**

---

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

**下記番号にFAXして下さい**



**FAX 0977-76-7231**