令和元年9月18日(水)開催

**がんに関する講演会参加申込書**

貴施設名

ご連絡先（電話）

八戸市立市民病院　医療連携室

FAX番号：0178-72-5222

ご担当者様氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 参　　加　　者　　氏　　名 | 職　　種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**※お申込み締め切り　令和元年9月13日（金）**

八戸市立市民病院　地域医療連携室

担当：吉田

FAX　０１７８－７２－５２２２