

第2回 倉敷成人病センター糖尿病カンファレンス

参加申込書

日時 平成25年11月29日(金) 19:00～20:00

会場 倉敷成人病センター9階 多目的ホール

貴医療機関名: _____

電話番号: _____

御参加者氏名	職種

お手数ながら、11月22日(金)までに

FAXにてご返信お願いいたします。

FAX送付先

倉敷成人病センター 地域医療連携室

直通TEL:086-422-2116

FAX:086-422-2168

E-mail renkei@fkmc.or.jp