

第8回 大腸疾患症例検討会

日時： 平成30年11月15日（木） 19時00分～20時30分
会場： 倉敷成人病センター センター棟9階（職員食堂）

参加申込書

医療機関名： _____

電話番号： _____

| ご参加者氏名 | 職 種 |
|--------|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

11月8日（木）までにFAXにてご返送をお願いいたします。

ご不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

● FAX送付先
倉敷成人病センター
地域医療連携室 飛矢・徳永
TEL 086-422-2116
Fax 086-422-2168
E-mail renkei@fkmc.or.jp