

第46回 熊本市市民病院 病病・病診連携懇談会参加申込書

熊本市立熊本市市民病院 行

FAX:096-369-9397

貴施設名			
TEL		FAX	

役職名 (職種名)	ふりがな 氏 名	出席の方は○をご記入下さい		参加者名簿に掲載を 希望されない方は ○をご記入下さい
		講演会	懇親会	
連絡者 職・氏名				

懇親会参加費:2,000円/人 (講演会のみ参加の方は無料です)

参加費は、当日徴収させていただきますのでご了承ください。

※ホテル熊本テルサの駐車場は無料(5時間)となりますが、駐車台数に限りがありますことご了承ください。

連絡先 〒862-8505 熊本市東区東町4丁目1-60

熊本市立熊本市市民病院 緒方・田中

TEL:096-365-1606 FAX:096-369-9397