

第24回 兵庫県救急医療フォーラム

～ FAX 送信用紙 ～

FAX.(078)231-8113

参加ご希望の方は、この申込用紙にご記入の上、FAXでお申し込み下さい。

①	フリガナ 氏名	職種
	男・女	電話番号 () -
	所属機関名	医師の方のみご記入ください 医籍登録番号 所属郡市区医師会名

②	フリガナ 氏名	職種
	男・女	電話番号 () -
	所属機関名	医師の方のみご記入ください 医籍登録番号 所属郡市区医師会名

③	フリガナ 氏名	職種
	男・女	電話番号 () -
	所属機関名	医師の方のみご記入ください 医籍登録番号 所属郡市区医師会名

※参加希望者の個人情報は、本会参加者把握のみ使用させていただきます。