

『第15回堺・泉北呼吸器カンファレンス』申込書

日時：平成27年 8月 22日（土） 16：15～18：00

場所：ベルランド総合病院 地下1階 A I Fホール

会費：500円（研修医、コメディカルの方は無料です）

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

レントゲンフィルムの持参

有

★レントゲンフィルムをご持参される際は、ご連絡下さいます様お願い致します。

大変恐縮ですが、**8/8（土）まで**に下記のFAX番号に、ご返信下さいます様
よろしくお願い申し上げます。

F A X : 0 7 2 - 2 3 4 - 9 1 5 5

事務局：ベルランド総合病院 地域医療連携室

TEL：072-234-9215（直通）