

第17回 ベルランド地域医療懇話会 申込書

日時：平成25年10月19日（土） 15時～16時30分

場所：ホテル・アゴーラ リージェンシー堺

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

大変恐縮ですが、**9/30（月）まで**に下記のFAX番号に、
ご返信下さいますようお願い申し上げます。

FAX : 072-234-9155

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）