

『第10回堺・泉北呼吸器カンファレンス』申込書

日時：平成23年5月21日（土） 16:00～18:00
場所：サンパレス

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

大変恐縮ですが、**5/10（火）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。

FAX : 072-234-9155

事務局：ベルランド総合病院 地域医療連携室
TEL：0120-13-9215（直通）