

『第 11 回堺・泉北呼吸器カンファレンス』申込書

日時：平成 24 年 2 月 25 日（土） 16:00～18:00
場所：ベルライフケアクリニック 2F 会議室

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

大変恐縮ですが、**2 / 1 8（土）まで**に下記の F A X 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 1 2 0 - 5 3 - 0 0 9 6

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）