

『ベルランド泌尿器科疾患学術講演会』申込書

日時：平成24年7月14日（土） 16:00～18:00

場所：リーガロイヤルホテル堺 3階 「利休」

堺市堺区戎島町4-45-1

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

大変恐縮ですが、**6/30（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 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）