

『第2回 泉北がんリハビリテーション研究会』申込書

日時：平成25年1月12日（土） 13:50～16:30

場所：堺市東文化会館 3階 フラットホール

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

ご質問事項

大変恐縮ですが、**1 / 5 (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（問い合わせ先）：ベルランド総合病院 地域医療連携室

TEL：0120-13-9215（直通）