

## 参加申込書 FAX 返信用紙

FAX	072-241-0208
締切	2026年5月16日(金)

貴院・貴施設名	
所在地	〒
連絡先	TEL: FAX:
代表ご担当者名	

参加確認 (いずれかにチェックをつけてください)

ご出席	ご欠席
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ご参加者情報

氏名	役職・職種
1.	
2.	
3.	
4.	

※より多くの皆様にご参加いただくため、誠に恐縮ながら、各施設のご参加人数を4名様までとさせていただきます。

【お問い合わせ先 申込用QRコード】

耳原総合病院 地域連携室

TEL 072-241-0324(地域連携室直通)

FAX 072-241-0208(地域連携室直通)

