

必要事項をご記入の上、FAXにてお申込ください。締切：9月29日(金)

FAX:025-240-6760

お問合せ先：新潟市医師会協同組合 担当：井浦
TEL：025-240-4131

申 込 書

医療機関名			参加予定人数	名
氏 名		役 職		
氏 名		役 職		
TEL		FAX		

【事前のご質問事項】 ぜひお聞きになりたい質問項目等がございましたら、ご自由にご記入ください。