

高知県医師会事務局 行き

平成 30 年度高知県医師会学術講演会参加申込書

医療機関	氏 名

※ご質問等ございましたら、ご記入下さい。

--

恐れ入りますが、12月10日(月)までにご返信くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ申込先】

〒780-8514 高知市丸ノ内1丁目7番45号

高知県医師会事務局 担当：中澤・橋村

TEL088-824-8366 FAX088-824-5705

MAIL s-nakazawa@kochi.med.or.jp