

平成 年 月 日

高知県医師会業務課 行

平成30年度高知県医師会 JMAT 研修会参加申込書

施設名：

役 職	氏 名

※ご質問等ございましたら、ご記入ください。

--

恐れ入りますが、3月15日（金）までにご返信くださいますようお願い申し上げます。

【問い合わせ先】

〒780-8514

高知市丸ノ内1丁目7番45号

高知県医師会業務課 担当：中澤

TEL088-824-8366 FAX088-824-5705

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