

F A X 送信票

青森県立中央病院 総務課 工藤 行

FAX 番号：017-726-8325

所属団体名 _____

担 当 名 _____

連 絡 先 _____

下記のとおり、5/18 開催 青森県地域医療推進セミナーに参加申込
します。

記

参加者名簿

職	氏 名	備 考

※欄が不足する場合は、この様式をコピーしてください。