

# 出張 肝臓病教室 申し込み用紙

送信日： 年 月 日

団体名			
ご担当者氏名		メールアドレス	
電話番号		FAX番号	
希望の講演内容			
開催地(会場名称)		出席者予定数	
住所			
開催予定日	第一希望	年 月 日 ( )	開催時間 ~
	第二希望	年 月 日 ( )	開催時間 ~
	第三希望	年 月 日 ( )	開催時間 ~
希望講師	医師 ・ 看護師 ・ その他 ( )		

その他わからないこと、ご質問があればご記入願います。

--

ご記入をいただき、Faxをお送り下さい。



©静岡県

**Fax:055-948-5088**

お問い合わせ

順天堂大学医学部附属静岡病院

肝疾患相談支援センター

電話 : 055-948-3111 (内線1230)

担当 : 川口