

第 29 回 浜松EAST医療連携セミナー 申込書

- 開催日時 平成29年11月29日 水曜日 19:45 ~
- 会場 浜松労災病院 6階 大会議室
〒430-8525
静岡県浜松市東区将監町25 浜松労災病院
053-462-1211

- 1 貴施設名
- 2 ご住所
- 3 お電話番号
- 4 ご出席予定者名

| 役職名 | 御芳名 |
|-----|-----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

※ 誠に勝手ではございますが 平成29年11月24日 金曜日 までに、
FAXまたはご郵送いただきますようお願いいたします。

【お問い合わせ先】
浜松労災病院 地域医療連携室
TEL 053-411-0366
FAX 053-411-0315
担当 吉田 磯部