

(表紙は不要)

FAX:0852-31-9783

宛先:松江赤十字病院リハビリテーション科 西本宛

大槻美佳先生講演会 参加申込

申込日 令和 年 月 日

施設名				
住所				
電話番号				
FAX番号				
番号	参加者氏名	職種	山陰ST協会	日本ST協会
1			会員・非会員	会員・非会員
	質問事項:			
2			会員・非会員	会員・非会員
	質問事項:			
3			会員・非会員	会員・非会員
	質問事項:			
4			会員・非会員	会員・非会員
	質問事項:			
5			会員・非会員	会員・非会員
	質問事項:			

※申込締切: 1月8日(水)