



【 FAX 送信票 】

菊名記念病院 地域医療連携室
黒川・秋元・小村 宛
FAX 045 (402) 7074

第21回「医師および医療従事者のための Skill up seminar」

平成24年6月18日(月) 開催

上記セミナーに出席いたします。

ご施設名 : _____

ご芳名 : _____

恐れ入りますが **6月11日(月)迄**にご返信くださいますようお願い申し上げます。