

F A X 返信用

大阪難病医療情報センター 宛

F A X 番号 06-6608-8416

「北大阪・三島・北河内地域神経難病医療ネットワーク検討会」

参加申込書

貴施設名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

\*急な変更等でご連絡が必要な場合がございますので、ご記入願います。

ご氏名 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

ご氏名 \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_

誠に勝手ながら、〆切りは 9月7日(金) とさせていただきます。

ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

大阪難病医療情報センター TEL 06-6694-8816