

FAX 返信用

大阪難病医療情報センター 宛

FAX 番号 ; 06-6608-8416

東部・南大阪地域における神経難病医療ネットワーク検討会

参加申込書

貴施設名 _____

お名前 _____

職種 _____

お名前 _____

職種 _____

お名前 _____

職種 _____

お名前 _____

職種 _____

お名前 _____

職種 _____

*誠に勝手ながら、〆切りは**平成30年3月16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お尋ね下さい。

大阪難病医療情報センター

月～金 10時～4時

TEL: 06-6694-8816