参加申込書

香川大学医学部附属病院 中核病院機能強化支援室
（香川県がん診療連携協議会事務局）宛
FAX：０８７－８９１－２４１２
申込締切：平成26年９月１２日（金）

貴施設名	
電話番号	

職種	氏名