

全人的医療を行う高度がん専門医療人養成

第2回地域医療セミナー参加申込用紙

Fax 送信先 088-633-9431

徳島大学医学部学務課第一教務係

施設名

所属医師会

御名前 _____ 職種 _____

御名前 _____ 職種 _____

御名前 _____ 職種 _____

御名前 _____ 職種 _____

御名前 _____ 職種 _____

申込受付 **3月15日(木)迄**にお申し込み下さい。