

第 42 回 地域がん診療連携拠点病院 医療従事者研修会

医療機関名：_____

電話番号：_____

日時：2019年10月30日(水) 19時～20時

参加者氏名	職種	参加者氏名	職種

※2019年10月23日(水)までに FAX にてご返送お願い致します。

●FAX送付先(お問合せ先)

倉敷中央病院

総合相談・地域医療センター

TEL 086-422-5024

FAX 0120-666-339