

第30回兵庫県医師会臨床警法医会研修会参加申込書

(H27. 10. 3)

| | |
|----------------------------------|--|
| 所属郡市区 医師会名 | |
| 申込者氏名 | |
| 医療機関名 | |
| 受講会場 (受講会場に ○印を付け て下さい) | ① () 兵庫県医師会館 ② TV会議システムによる中継会場 (※医師・歯科医師のみ) () 川西市医師会 () 姫路市医師会 () 淡路市医師会 |