

第10回 兵庫県女性医師の会研修会  
兵庫県の地域医療政策について

平成29年2月4日(土) 14:30~16:00

# 参加申込書

下記に必要事項をご記入の上、FAXで兵庫県医師会まで送信してください。

〒 _____				
住所 _____				
都道府県 _____				
ふりがな _____			年齢 _____	
氏名 _____			性別 _____	
男 ・ 女				
電話 _____				
(市外番号もご記入下さい)				
在籍もしくは研修している 医療機関名 _____				
託児希望	ふりがな	_____	年齢 _____	
	お子様のお名前	_____	歳	ヵ月
			性別 _____	
			男 ・ 女	

(但し、0歳児はご遠慮下さい)

託児希望の方は1月23日(月)迄にお申し込みください。



FAX.078-231-8111