

レジデントセミナー 申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(申し込み先)

済生会宇都宮病院

〒321-0974 栃木県宇都宮市竹林町911-1

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで

TEL : 028-626-5500(代) 受付窓口 : 教育研修部門

お申し込みください。

FAX : 028-626-5594

Mail : kyouiku@saimiya.com

フリガナ			
病院名			
病院住所	〒 都道 府県		
連絡先	TEL		FAX
	Eメール		
フリガナ			申し込み研修名
代表者名			レジデントセミナー 【診断エラーワークショップ】
NO	参加者名	フリガナ	申し込み研修名
1			レジデントセミナー 【診断エラーワークショップ】
2			レジデントセミナー 【診断エラーワークショップ】
3			レジデントセミナー 【診断エラーワークショップ】
4			レジデントセミナー 【診断エラーワークショップ】
5			レジデントセミナー 【診断エラーワークショップ】
		参加者合計	名