

申込書

FAX 0767-52-3218

項目	
(ふりがな) 氏名	(男・女)
所属	
区分	医師 (年目) (科) 初期研修医 (年目) 助産師 (年目) 看護師 (年目) 医学生 (年生) その他 ()
住所	〒
携帯電話番号 (当日連絡がつくもの)	
PCメールアドレス	

参加希望プログラム

プログラム	参加 (○をつけてください)
① 1日目 20日(土) 演題1、演題2	
② 懇親会(懇親会+宿泊)	
③ 2日目 21日(日) 演題3、演題4	
備考:	

懇親会参加希望の締め切り

2月15日または定員に達し次第締め切らせていただきます。
必要事項をご記入の上、FAXでお申し込みください。

連絡先：能登地域総合診療強化研究会事務局

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 管理課 担当 松木

〒926-8605 石川県七尾市富岡町94番地

TEL：0767-52-3211 FAX：0767-52-3218

E-mail：tokinori.matsuki@keiju.co.jp