

FAX 送信書

第5回 北海道薬剤師臨床感染症研究会 参加申込書

平成 年 月 日

(ふりがな) 氏 名	
所属施設名	
連絡先住所	
連絡先電話番号	
連絡先 FAX 番号	
卒業年度	
E-mail ※	

※ 注 E-mail アドレスは、症例提示等の連絡に使用いたしますので、わかりやすく記載してください。

応募締め切り：7月10日(金) (定員になり次第締め切ります)

申込 FAX 番号：0 1 1 - 5 7 3 - 8 5 7 0

申込問い合わせ先：中村記念南病院 薬剤部
担当 山田 和範