

専門研修会：令和4年12月10日（土）

参加申込み

（締め切り：11月30日（水））

所属病院または医院 （電話番号）	医籍番号（6ケタ）	氏名
（ ）		
（ ）		

<講師への質問事項等あれば、記入願います>

- 松本市医師会員⇒松本市医師会へ
（FAX；0263-35-8233）
- 上記以外⇒長野産保センターへ
（FAX；026-225-8535）

