



FAX 088-822-3059

近森病院ウェットラボ事務局行

■ 第 7 回心臓血管ウェットラボ申込み ■

施設名 _____

参加者 _____名

参加代表者氏名 _____ 連絡先 _____

	氏名	部署	職種
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

※枠数が足りない場合は、複数コピーしてお使いください

【主催者からのお願い】

応募者多数の場合は抽選とさせていただきますので、ご了承ください。

申し込み〆切 10月31日(火) 正午