

参加申込書

以下にご記入の上、FAX 返信をお願い致します。

FAX 申し込みは前日までお受けしております。

当日の参加も可能です。

申 込 日	令和	年	月	日
医療機関名 事業所名				
連絡代表者名				
郵便番号	〒			
連 絡 先 住 所				
電話番号				
FAX 番号				
参 加 者 御 芳 名				



送信先：FAX 098-898-6433
(沖縄病院 地域連携室直通)

お問い合わせ先：

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院
地域医療連携室

TEL：098-898-2121(代表)
FAX：098-898-6433 地域医療連携室直通