葛西昌医会病院　医療セミナー

（平成27年1月26日）

申し込み用紙

宛て先：葛西昌医会病院　地域連携課

Fax：03-5679-0191

名前	ご連絡先 *必ずご記入下さい。
	TEL:　　（　　）－
	TEL:　　（　　）－
	TEL:　　（　　）－
	TEL:　　（　　）－

＊定員が超えた場合は当院よりご連絡を致しますので、必ずご連絡先をご記入ください。ご案内可能な場合は、特にご連絡は致しません。あらかじめご了承ください。