

FAX申込み用紙

**臨床研修施設事前説明会 申込み**

申込み日	平成 年 月 日
氏名	
連絡先	
メールアドレス	
アクセス	大学迎え ・ 現地集合 (どちらかに、○を付けてください)
開催日	平成23年11月13日(日)
開催時間	16:00~19:00
質問事項	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

医療法人康和会事務局 FAX:0948-24-2317