

福井市地域包括ケア勉強会

参加申込書

日時：平成29年4月13日（木）

19：30～

会場：福井県医師会 1F 小ホール

住所：福井県福井市大願寺3-4-10

<FAX送信先>

宛先 福井市医師会

FAX 0776-22-0347

ご施設名	
代表者名	
タクシーチケット	有 ・ 無
参加人数	名

※ご出席頂けます場合は、大変お手数でございますがご記入の上、FAX頂きたく存じます。尚、大変恐縮ですが、各種手配の関係上**4月6日**までにFAX頂けますと幸いです。



Otsuka 大塚製薬株式会社