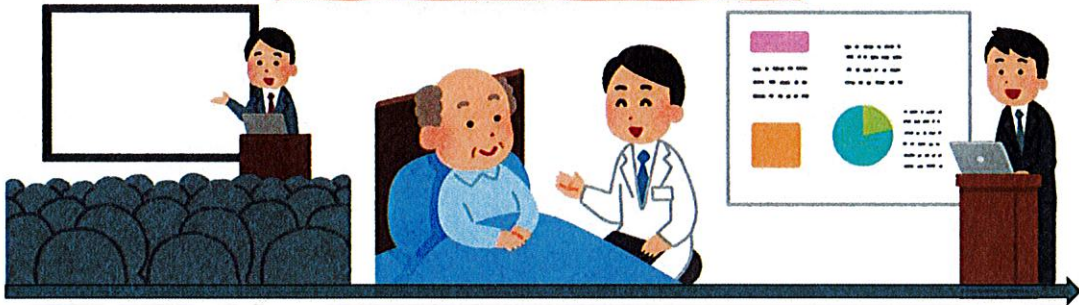


申 込 書

報告会

訪 問 診 療 同 行 研 修 会



氏 名	
所 属 医療機関	
職 種	
会 場	()現地 / ()WEB
メ ー ル アドレス	※ WEB 参加希望者は必ずメールアドレスを記載ください。

申込フォーム <https://forms.gle/xgiQNWfPL4gdKk1T9>



申込期限 令和7年3月11日(火)まで

郡山医師会 FAX番号 024-933-3822

