

別 紙

(ファクシミリ施行：添書不要)

宛先 石巻市立病院 開成仮診療所 あて FAX:0225-23-7833	件名 平成27石巻地域医療連 携講演会(回答)	送信日： 平成27年 月 日
---	-------------------------------	-------------------

平成27年度石巻地域医療連携講演会
出席報告書

施設名	
連絡先	

	氏 名	職 名
1		
2		
3		
4		
5		

※ 11月27日(金)までFAXにてお申込みください。