

高知医療センター地域医療センター  
地域医療連携室 澤田 宛  
FAX 088-837-6701

●第 22 回高知医療センター内科症例報告会

(令和 3 年 7 月 16 日 (金) 開催) 申込書

お名前		ご所属	
メールアドレス			
お電話番号			

※何かご質問等ございましたら、ご記入ください。

--

※事前の招待メール送信処理が必要なため、申込は 7 月 13 日 (火) まで にお願ひします。