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24回高知医療センター内科症例報告会

　　　　　　（令和4年7月14日（木）開催）申込書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| お名前 |  | 医療機関名 |  |
| 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12日（火）までにお願いします。