

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 27 回高知医療センター内科症例報告会

(令和6年5月 29 日(水)開催)FAX 申込書

◇希望される参加方法を選んで○をつけてください。

1. 高知医療センターくろしおホールで聴講
2. ZOOM で聴講

◇会場へ来られる方は、お名前、医療機関名、お電話番号を記載してください。
ZOOM で参加される方は、すべて記載してください。

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、申込みは 5月22日(水)まで お願いします。



左の QR コードからもお申込み可能です。