**肝疾患コーディネーターセミナー**

**受講申込書**

上記セミナーへの参加を申し込みます。

平成　　　年　　　月　　　日

【下記の枠内に記入をお願いいたします】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込コース | | 平成31年3月16日　(土)　10：00～13：00  肝疾患コーディネーターセミナー |
| 会場 | | 聖マリアンナ医科大学病院　病院本館3階大講堂 |
| **※必須項目** | **(ふりがな)**  **申込者氏名** |  |
|  |
| **住所** |  |
| **電話番号**  **(緊急連絡先)** |  |
| **E-Mailアドレス** |  |
| **勤務先** | |  |
| **職　種・所　属** | |  |

平成３１年３月８日（金）申し込み締め切り

参加をご希望の方は、必要事項をご記入のうえ FAX でお送り下さい。

　定員超過の場合のみ、該当者へご連絡いたします。

**<申込先>　聖マリアンナ医科大学病院　メディカルサポートセンター**

**肝疾患コーディネーターセミナー担当者 行**

**FAX：044-975-4177**