



FAX 022—266—1480

宮 城 県 医 師 会 事 務 局 行

第 3 8 回 宮 城 県 医 師 会 学 校 保 健 研 修 会
参 加 申 込 書

平 成 2 8 年 月 日

医 療 機 関 名 又 是 所 属 学 校 (团 体) 名	
氏 名	
連 絡 先	〒 TEL FAX

※受講申込みで取得する個人情報は、本研修会以外の目的には使用いたしません。