

日本医療メディエーター協会四国支部 行

FAX 089-933-1465

10/7（土）JAHM 四国支部シンポジウム・フォローアップ研修

参加申込書

ふりがな
氏名 _____

所属施設名 _____

電話番号 _____

役職 _____

職種 医師・看護師・事務・MSW・その他(_____)

申込期限：令和5年10月2日（月）

※参加費1,000円は当日受付にて徴収いたします。