ケースカンファランス参加申込書

「御紹介頂いた症例の報告」

令和 1 年 10 月 28 日 (月)開催分

国立病院機構佐賀病院
地域医療連携室　　宛
ＦＡＸ　（0120）872－882

ご施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご出席者氏名（職種） 例 ： ○○ ○○○ （ 医 師 ）

（　　）

（　　）

（　　）

（　　）

（　　）

ご連絡先
（電話番号） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿