ケースカンファランス参加申込書

「 全身疾患と眼 」
～全身疾患に伴う眼の病気について、一般的なお話～

令和 2 年 2 月 25 日 (火)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） _____