

第 10 回 佐賀総合周産期フォーラム 参加申込み用紙

施設名： _____

代表者お名前： _____

電話番号： _____

FAX番号： _____

参加者名簿

	お名前	職種
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

【参加申し込み締切日】 令和6年2月15日（木）

*当日受付も致しますが、資料等準備のため事前申し込みをお願い致します。

申込み先（お問い合わせ先）

独立行政法人国立病院機構佐賀病院 入退院支援センター（石橋）

〒849-8577 佐賀市日の出 1-20-1 TEL：0952-30-7141

FAX：0120-872-882