

【送信先】

メール:513-sy01@mail.hosp.go.jp

FAX:0827-35-5600

日本医療マネジメント学会 第25回山口県支部学術集会 出席者確認票

施設名	お名前	会員・非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員
		会員 ・ 非会員

上記の通り、日本医療マネジメント学会 第25回山口県支部学術集会への参加者を連絡いたします。

施設名: _____

部署名: _____

ご担当者様: _____

メールアドレス: _____

お電話番号: _____