

別紙

《FAX送信先》	096-385-1754
《電子メール送信先》	okada-k-w@pref.kumamoto.lg.jp
医療政策課 岡田 行	

平成30年度（2018年度）熊本県医療安全研修会
(天草地区) 申込書

保健所名 : _____

申込者 : _____

職名	氏名

* 申込期限：平成31年（2019年）3月7日（木）