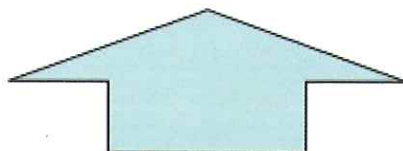


お問い合わせは、くまもと森都総合病院
096-364-6000地域医療連携室 延末、
または office@renkeishi.comまで。



FAX 096-364-8585 へ
WEBからも 申し込めます！右のQRから！

第10回全国医療福祉連携フォーラムin熊本 参加申込書

施設名・事業所名	
部署名・職種	
御名前/ふりがな	
電話番号/携帯電話	
FAX番号	
メールアドレス	@
フォーラム参加	現地会場 ・ WEB参加
資料送付先住所	〒
参加費振込予定	円を 月 日までに振込予定。
御質問・御要望あればこちらに記入ください。	



振込先: ゆうちょ銀行
店名: 〇九八(ゼロキュウハチ)支店
口座番号 普通0547985
口座名義 トクヒ)イリョウフケンレンケイシノカイ

記号番号で入金いただく場合は、
記号: 10970 番号: 05479851