

在宅医療トレーニングセンター利用申込用紙

公益社団法人神奈川県医師会
在宅医療トレーニングセンター

TEL 045-453-8666

E-mail zaitaku-toresen@dune.ocn.ne.jp

FAX 045-453-8704

団体名	
所在地	
TEL	(担当者:所属 氏名)
FAX	
メールアドレス	
研修会日	年 月 日() 時 分～ 時 分
研修会名	
予定人数	名
研修内容 (概要)	(講師 名)
必要な器材	<input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> レーザーポインター <input type="checkbox"/> その他 ()
備考	