

【別紙】

「がん地域医療連携研修会」申込書

送付先： 美作保健所 保健課 地域保健班 河副 行 (FAX:0868-23-6129)

又は

美作保健所勝英支所 地域保健課 在里 行 (FAX:0868-72-3731)

所 属 名	
-------	--

職種	氏名	第1回	第2回

* 申し込み締め切り:11月28日(月)