

**FAX 029-243-5071**

平成 30 年度 肝炎地域医療従事者研修会参加申込

|       |   |
|-------|---|
| 医療機関名 |   |
| 氏名／職種 | ／ |
|       | ／ |
|       | ／ |
|       | ／ |
|       | ／ |

◆お問合せ先◆ 茨城県医師会業務課 TEL:029-241-8446 FAX:029-243-5071