

出席ご希望の方のみ、この用紙を奈良県医師会事務局宛ご返送ください

奈良県医師会事務局 行(FAX:0744-23-7796)

第11回在宅医療の会 参加申込書

[12月8日(日)]

医療機関名 _____

職 種	氏 名

●事前に講師へのご質問があればご記入ください

(当日のパネルディスカッションにて取り上げさせていただく予定ですが
お時間の都合上、すべてのご質問にお答えできない場合がございます
なお、個別にはご返答いたしかねますのでご了承ください)

※11月29日(金)までにご回報くださいますようお願いいたします