平成30年度第1回造血幹細胞移植推進拠点病院四国ブロックセミナー

**参加申込書FAX:089-943-4136**

**愛媛県立中央病院　総務医事課　医事ｸﾞﾙｰﾌﾟ（二宮　行）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **所属****（病院・部署名）** | **職種・役職****氏名** | **旅費の希望の****有無** |
| （病院・部署名）（所在地） | （職種・役職）　ふりがな（氏名）（ご連絡先） | 有　・　無 |
| （病院・部署名）（所在地） | （職種・役職）　ふりがな（氏名）（ご連絡先） | 有　・　無 |
| （病院・部署名）（所在地） | （職種・役職）　ふりがな（氏名）（ご連絡先） | 有　・　無 |
| （病院・部署名）（所在地） | （職種・役職）　ふりがな（氏名）（ご連絡先） | 有　・　無 |
| （病院・部署名）（所在地） | （職種・役職）　ふりがな（氏名）（ご連絡先） | 有　・　無 |