平成30年度第3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  □公共交通機関  □自家用車  □その他（　　　　　　） |
| （病院・部署名）  （所在地） | （職種・役職）  　ふりがな  （氏名）  （ご連絡先） | 有　・　無  □公共交通機関  □自家用車  □その他（　　　　　　） |
| （病院・部署名）  （所在地） | （職種・役職）  　ふりがな  （氏名）  （ご連絡先） | 有　・　無  □公共交通機関  □自家用車  □その他（　　　　　　） |
| （病院・部署名）  （所在地） | （職種・役職）  　ふりがな  （氏名）  （ご連絡先） | 有　・　無  □公共交通機関  □自家用車  □その他（　　　　　　） |
| （病院・部署名）  （所在地） | （職種・役職）  　ふりがな  （氏名）  （ご連絡先） | 有　・　無  □公共交通機関  □自家用車  □その他（　　　　　　） |