

F A X
送 信 表

櫻井病院 医療相談室 西村 行
FAX: 042 - 558 - 0683

◆平成 29年9月17日（日） 地域巡回医療福祉相談会 に 参加します

所属機関名_____ 参加人数_____名

参加者氏名_____

*平成 29年9月9日（土）までに、FAX の送付をお願いいたします。