

F A X
送 信 表

羽村三慶病院 医療相談室 田原 行
F A X : 042-570-6151

◆平成30年5月20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30年5月11日(金)までに、FAXの送付をお願いいたします。