

ポリファーマシー研修会 参加申込書

下関市医師会医療・介護連携推進室宛

FAX 083-252-2332

研修会参加者名簿

	氏名	職種	所属・事業所名	連絡先
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※ 9月6日（金）までにご返信下さい。