

メールでお申し込みの方は 氏名・勤務先・職種・ご連絡先を明記の上、
kodomo アットマーク osh. or. jp へご連絡をお願いします。
FAXでお申し込みの場合は下記記入欄をお書きの上そのままお送りください。
電話でもお申し込み受付致します(TEL 098-963-8462)

肺炎球菌感染症とワクチンに関する講演会

参加申込書 FAX

(このままご送信ください)

(公社) 沖縄県小児保健協会 宛て

FAX 098-963-4402

送信者: _____

電 話: _____

日 時: 平成27年9月4日(金)
午後7時30分~午後9時00分

会 場: 沖縄小児保健センター(3階ホール)
南風原町字新川 218-11 TEL 098-963-8462

	氏 名	勤 務 先	該当する項目に○をお付けください
1			小児科医・検査技師・看護師・その他
2			小児科医・検査技師・看護師・その他
3			小児科医・検査技師・看護師・その他
4			小児科医・検査技師・看護師・その他
5			小児科医・検査技師・看護師・その他

《 お申込み締め切り 9月1日(火) 》