このままお送りください。

**\*\*宛先\*\***

**FAX：019-698-2313**

**いわてこどもケアセンター**

宛先：いわてこどもケアセンター

　　　FAX　019-698-2313

**いわてこどもケアセンター症例検討会**

**症例募集　申込用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属機関 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |

**申込期限　平成30年８月３日（金）**

※FAXを確認しだい、こちらからご連絡し詳細を確認させて頂きます。