**送　付　状**

＜送付先＞　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**

**8/31（金）講演会・症例検討会参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 機関名 | ： |
| 電話番号 | ： |
| FAX番号 | ： |
| 報告者職･氏名 | ： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 資格名 | 参加希望に○ | |
| 講演会 | 症例検討会 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 申込期限　平成30年8月24日（金） |