



このままお送りください。

**\*\*宛先\*\***

**FAX : 019-698-2313**

**E-Mail:kodomocare.kensyu@gmail.com**

**いわてこどもケアセンター**

受付担当：野村

**いわてこどもケアセンター 気仙地区症例検討会**  
**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 28 年 9 月 12 日（月）**

※申込みを確認次第、詳細を確認するため、こちらからご連絡いたします。