

参加申し込み用 FAX:096-383-5540

FAX の場合は、このまま送信してください

締切:3/16

## 第 4 回リンパ浮腫研修会申込書

(平成 31 年 3 月 23 日開催)

氏名	勤務先	職種	連絡先(電話またはメール)

### 桜十字熊本東病院

熊本市東区三郎 1 丁目 12-25

電話:096-383-5555

FAX:096-383-5540

担当:木山