平成　　年　　月　　日

熊本県地域医療支援機構　行

|  |
| --- |
| **熊本県地域医療支援機構講演会****への出席について** |

|  |
| --- |
| 【日時】平成２９年７月２８日（金）１９：００ ～ ２０：３０　開催 |
| 【場所】天草地域医療センター「ヒポクラート」 |

★ご出席者名★

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご所属 | お役職 | ご氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **返信先：熊本大学医学部附属病院　地域医療支援センター****FAX　０９６－３７３－５７９６** |

|  |
| --- |
| **平成２９年７月１８日（火）までにご回答くださいますようお願いいたします。** |