

ファクス送信票は不要です。このまま
お送りください。

送信先： F A X : 0 8 5 3 - 2 1 - 7 4 2 8

出雲保健所 医事・難病支援課

担当：伊藤(ito-kyoko@pref.shimane.lg.jp)

電子メールの場合は、下記の内容についてメール本文でお知らせください。

小児救急地域医師研修会 参加申し込み

開催日：5月20日（月）19：30～21：00

場 所：出雲医師会館 大ホール

医療機関等名称

出席者氏名

講師の先生へのご質問等がおありでしたら、以下にお書きください。