

琉球病院令和 2 年度アルコール依存症地域従事者研修会

申し込み用紙

FAX : 098-968-2679

Mail : 627-ryuaddictionjimu@mail.hosp.gp.jp

施設名		
(ふりがな) 申し込み 代表者氏名		
ご連絡先	Tel :	Mail :
(ふりがな) 参加者氏名		
(ふりがな) 参加者氏名		

◇ 研修で取り上げて欲しい事例や内容があればご記入ください。

8月7日〆切り