

※送信票をつけずにこのままFAX送信願います。

医療法人喬成会花川病院 地域連携相談センター宛

FAX (0133)76-2737

第17回石狩リハビリテーション地域連携懇話会 参加申込書

お名前	施設名	職種

平成29年8月25日(金)までにお申し込みください

■お問い合わせ

花川病院地域連携相談センター

(0133)76-2727

