

FAX . 0 2 4 - 5 4 7 - 1 9 9 4

福島県立医科大学病院経営グループ 行

第 2 回性差医療セミナー参加申込書

住 所	〒		
氏 名	( 歳 )	性別	男・女
勤 務 先			
職 名			
電 話			
E-mail			
第一部	いずれかを で囲んでください。 参加する      参加しない		
第二部	いずれかを で囲んでください。 参加する      参加しない		
セミナー終了後茶話会を予定 しています。 茶話会	いずれかを で囲んでください。 参加する      参加しない		
性差医療に関するご意見・ご質問等があれば、ご記入願います。			

提出いただいた個人情報は、当セミナーの目的以外には使用しません。  
この面を FAX ( 024-547-1994 ) 又は E-mail ( keiei@fmu.ac.jp ) してください。  
平成 1 8 年 1 2 月 1 5 日 ( 金 ) までお願いいたします。