

**厚地脳神経外科病院  
入退院マネジメント講演会 参加申込書**

施設名

---

住 所 〒

---

TEL

---

申込代表者名

所属部署:

	氏 名	職 種
1		
2		
3		
4		
5		

**【申込み・問い合わせ先】**

厚地脳神経外科病院 看護部 栢木 宛

TEL 099-226-1231(内線928)

**FAX 099-226-1553**

**E-mail atsuchi-ns@jifukai.jp**