

(別 紙)

院内感染対策研修会（講演会）参加申込書

日 時 平成27年7月3日（金） 午後5時30分から7時
場 所 こころの医療センター 2階大会議室

医療機関名 _____

職 名	氏 名	備 考

申し込み先
山形県立こころの医療センター
検査科 深松
FAX 0235-24-1283

(添書なしで、このままお送りください。)