|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **１０／１８　地域医療セミナー 　　　　　　　グループ討議参加申込書** | | | |
|  | 氏　　名 |  |  |
| 参加区分 | □ **一般**□ **行政職員**□ **病院職員** |  |
|  | ※該当する区分にチェックをつけて下さい。 |  |
|  | |  |