第30回鹿児島県国保地域医療学会参加申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名

　 　 ※学会参加申込締切日　１０月11日（火）

　　※　送付先（事務局） FAX番号 ０９９－２０６－１０６９

　　 　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　　 　k-jigyo309@kagoshima.kokuhoren.jp

|  |  |
| --- | --- |
| 役　職　名 | 氏　　　　　　　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　連 絡 先

　　　　　　　鹿児島県国保診療施設協議会事務局

　　　　　　　（ 国保連合会 保険者支援課 保健事業係　　担当：　諏訪田・中野）

　　　　　　　　　　 ＴＥＬ: ０９９－２０６－１０３３

ＦＡＸ: ０９９－２０６－１０６９

　 ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ: [k-jigyo309@kagoshima.kokuhoren.jp](mailto:k-jigyo309@kagoshima.kokuhoren.jp)