

# 参加申込書

香川大学医学部附属病院 医事課 医療支援室 医療支援係  
(香川県がん診療連携協議会事務局) 宛

FAX：087-891-2060

**申込締切：平成29年2月21日（火）**

貴施設名	
電話番号	

職種	氏名

## 会場案内図

