

# FAX 送信票

送信先：086-294-9255

岡山医療センター 國末 浩範 宛

発信者：施設名

部署名

代表者氏名：

住 所：

T E L：

F A X：

発 信 日：

---

## 演題申込み

演題名：

演者名：

所属施設：

---

## 施設代表者会議参加申し込み

ご出席 ・ ご欠席

参加人数\_\_\_\_\_名

参加者名：\_\_\_\_\_

※その他、ご意見、ご要望等ございましたら、ご記入ください。