

**2月20日(木)開催 福岡県慢性期医療協会 講演会**

**ご出席                      ・                      ご欠席**

※いずれかを○で囲んでください

貴施設名	
出席者数	(※参加される方の人数をご記入ください。)
ご担当者様	
ご連絡先	

**参加費** 福岡県慢性期医療協会 会員施設職員 3,000円

非会員施設職員 6,000円

※参加費は講演当日お支払いいただきます。

**FAX返信先:092-691-3961**

※2月6日(木)までにご返信ください。