令和元年　月　　日

一般社団法人滋賀県病院協会事務局　宛

（ＦＡＸ　０７７－５２５－５８５９）

団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご担当名

令和元年１０月１８日（金）開催の病院医療機能評価受審フォーラムに

**参加を希望**します。

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

※　９月６日（金）までに病院協会あてＦＡＸを送付ください。

※　(一社)滋賀県病院協会事務局　ＴＥＬ　０７７－５２５－７５２５

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　０７７－５２５－５８５９