

講演申込書

在宅診療 敬二郎クリニック 宛

MAIL:otoiawase@clinic-kjr.com FAX:087-864-3108

申込日 令和 年 月 日

日時	
場所	
テーマ	
時間	
対象者	
人数	
ご希望される理由	

医療法人社団 慈風会 在宅診療 敬二郎クリニック 香川県高松市多肥上町1297-1 TEL:087-864-3109