**出席申込書 → 地域医療連携室**

**『筋膜性疼痛症候群**

**〜臨床から提言された新たな疾患群を多職種で学ぼう』**

【FAX番号　097－586－5656】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 施設名 | 職種 | 連絡先 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

ご質問、ご意見等がございましたら、下記にご記入ください。

＊参加費無料

**提出期限：2019年8月14日（水）**

※「かがみ」は不要です。直接、本紙をご送信下さい。