

令和2年 月 日

## ながさき医師募集説明会 参加申込書

ながさき地域医療人材支援センター 宛  
FAX 番号 095-819-7379

下記のとおり説明会への参加を申し込みます。

参加する説明会	9/27 (日) 10/17 (土) ※いずれかに○をしてください
氏名 (ふりがな)	
住 所	〒
電話番号	
メールアドレス	
特記事項 (事前に尋ねたいことなど)	