平**成30年　月　日**

**ながさき医師募集説明会　参加申込書**

**（兼FAX送信票）**

**ながさき地域医療人材支援センター　宛て**

**FAX番号　095-819-7379**

**下記のとおり説明会への参加を申込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **参加する説明会** | **9/8（土）　9/30（日）　※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（事前にお尋ねしたいことなど）** |  |