

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)	